



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Papel de la enfermera en el paciente ostomizado con cáncer de colon en La Rioja.

Autor/es

LAURA TORRES CALLEJA

Director/es

RAÚL JUÁREZ VELA

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Papel de la enfermera en el paciente ostomizado con cáncer de colon en La Rioja., de LAURA TORRES CALLEJA

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2020

© Universidad de La Rioja, 2020

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

Escuela Universitaria de Enfermería

**PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL
PACIENTE OSTOMIZADO CON CÁNCER DE
COLON EN LA RIOJA**

NURSE ROLE IN THE OSTOMIZED PATIENT WITH
COLON CANCER IN LA RIOJA

Autor: Laura Torres Calleja

Trabajo Fin de Grado

Tutor: Dr. Raúl Juárez Vela

Logroño, Mayo 2020

Curso académico 2019/2020

Convocatoria ordinaria

Agradecimientos

Este trabajo va dedicado a mí familia y amigos más cercanos, quiénes son un apoyo fundamental en mi día a día, pero en especial, a mi tía Pili, quién nos dejó el pasado mes de marzo a causa de ELA.

También he de agradecer su colaboración al Dr. Alfonso Martín Carnicero y a las distintas enfermeras que me han ayudado.

Gracias a todos los pacientes oncológicos que me han enseñado a ver la vida de otra manera, aprendiendo a valorar la verdadera importancia de las cosas.

Mucha fuerza en la lucha.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	7
1.1 INTRODUCCIÓN.....	7
1.1.1 El cáncer:	7
1.1.2 El cáncer de colon:.....	9
1.1.3 El cáncer de colon en España:.....	10
1.1.4 El cáncer de colon en La Rioja:.....	12
1.2 ANTECEDENTES.....	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. MARCO DE REFERENCIA.....	16
3.1 LAS OSTOMÍAS	16
3.1.1 Concepto de ostomía:.....	16
3.1.2 Tipos de colostomía:	17
3.1.3 Complicaciones de las colostomías:	20
3.1.4 Dispositivos de recolección. Sistema de irrigación. Tapón obturador.....	27
3.2 LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA	29
3.2.1 Papel de la enfermera estomaterapeuta en la educación sanitaria al paciente ostomizado:	29
3.2.2 La enfermera estomaterapeuta en La Rioja:.....	33
3.3 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE COLON.....	34
3.3.1 Tratamiento del cáncer de colon:.....	34
3.3.2 Manejo de las vías centrales en el paciente oncológico:	37
4. OBJETIVOS	39
4.1 OBJETIVOS GENERALES.....	39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5. METODOLOGÍA	40
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	40
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
5.3 TIPO DE MUESTREO	41
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	41
5.4.1 Criterios de inclusión:.....	41
5.4.2 Criterios de exclusión:	41
5.5 ANÁLISIS DE DATOS	41
5.6 RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y FINANCIACIÓN	41
5.6.1 Recursos materiales:	41
5.6.2 Recursos humanos:	42

5.6.3 Financiación:	42
5.7 INSTRUMENTOS DE MEDIDA	43
5.8 VARIABLES.....	44
5.9 MÉTODO Y CRONOGRAMA	45
5.9.1 Método:	45
5.9.2 Cronograma:	46
6. CONCLUSIONES.....	47
7. CUESTIONES ÉTICAS	47
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	48
9. TABLAS, GRÁFICOS E ILUSTRACIONES	48
10. BIBLIOGRAFÍA.....	50
11. ANEXOS	54

TABLA DE ABREVIATURAS:

ADN	Ácido desoxirribonucleico
OMS	Organización Mundial de la Salud
CSC	Cancer Stem Cells (células madre cancerosas)
GLOBOCAN	International Agency for Research on Cancer
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
AAS	Ácido acetilsalicílico
AINEs	Antiinflamatorios no esteroideos
COX-2	Enzima ciclooxigenasa 2
REDCAN	Red española de registros de cáncer
INE	Instituto Nacional de Estadística
Riojasalud	Sistema Riojano de Salud
TSOH	Test de sangre oculta en heces
CCR	Cáncer colorrectal
CC	Cáncer de colon
AEG	Asociación Española de Gastroenterología
EE	Enfermera estomaterapeuta
IAET	Asociación Internacional de Terapeutas Enterostomales
WCET	Consejo Mundial de Terapia Enterostomal
IQ	Intervención quirúrgica
CCAA	Comunidades autónomas
ACCU	Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
5FU	5-Fluorouracilo
FOLFOX	Combinación de 5FU y oxaliplatino
FOLFIRI	Combinación de 5FU e irinotecan
CAPOX	Combinación de 5FU y Capecitabina
CVC	Catéter venoso central
CPAC	Catéter Port-a-Cath®
CEICLAR	Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja
NKO	Nurses' Knowledge of Ostomies

RESUMEN:

En este proyecto de investigación se pretende determinar el grado de conocimiento y la calidad de la educación sanitaria en el manejo de las ostomías por parte de las enfermeras de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño.

Se explicarán conceptos como cáncer, cáncer de colon, colostomías, enfermera estomaterapeuta, vías centrales y tratamientos. Además de encuadrar en este estudio descriptivo y observacional la situación existente en la que se encuentra el cáncer, el estudio se centrará en la situación actual, del cáncer de colon en La Rioja.

La educación sanitaria, así como un correcto papel de la enfermera en el manejo del paciente con cáncer de colon, es de vital importancia para un adecuado abordaje de este paciente, en el cual se espera lograr el máximo grado de satisfacción y seguridad gracias a profesionales sanitarios formados y educados en la materia.

A través de la escala Nurses' Knowledge of Ostomies, ambas partes, tanto pacientes como profesionales sanitarios, se verán beneficiados con los resultados del estudio ya que se podrán tomar las medidas necesarias para mejorar la atención al paciente ostomizado, además de fomentar una adecuada formación de los profesionales en este campo.

Teniendo como máximo objetivo que el sistema sanitario, en concreto, el Hospital San Pedro de Logroño, tenga tanto los medios como el personal adecuadamente instruido para brindar una atención de calidad a los pacientes portadores de ostomías.

ABSTRACT:

This research project aims to determine the degree of knowledge and quality of health education in the management of ostomies by general surgery nurses at the San Pedro Hospital in Logroño.

This descriptive and observational study will outline the current situation of cancer focusing specifically on the current situation of colon cancer in La Rioja. Then concepts such as cancer, colon cancer, colostomies, stomal therapy nurses and central catheters will be covered.

Health education, as well as a correct nurse role in the management of the patient with colon cancer, is essential for a proper approach of this patient, in which the highest degree of satisfaction and safety is expected to be achieved by trained and educated health professionals.

Through the Nurses' Knowledge of Ostomies scale, both patients and healthcare professionals will benefit from the results of the study as it will be possible to take the necessary measures to improve the care of the ostomized patient, furthermore, to promote adequate training of professionals in this field.

The main objective is to underline that the personnel in the San Pedro Hospital in Logroño are adequately trained professionals who operate a safe sanitary system to provide quality care to ostomized patients.

PALABRAS CLAVE:

Cáncer, cáncer colorrectal, cáncer de colon, ostomía, colostomía, estomaterapia, enfermera, vía central, quimioterapia.

KEY WORDS:

Cancer, colorectal cancer, colon cancer, ostomy, colostomy, stoma therapy, nurse, central catheter, chemotherapy.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

1.1 INTRODUCCIÓN

1.1.1 El cáncer:

La investigación biológica es vital para la comprender y conocer el cáncer. En 1953 James Dewey Watson y Francis Crick descubrieron la estructura de la doble hélice de ADN, siendo uno de los momentos científicos más importantes hasta la fecha. Este descubrimiento ha asentado las bases de la investigación del cáncer, entre otras.

El cáncer, según la Organización Mundial de la Salud, también conocida como OMS, es “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”.⁽¹⁾

Hay distintos modelos y teorías a cerca del desarrollo de esta enfermedad genética ya que tiene lugar en distintas células independientemente del tipo que sean, haciendo que cada cáncer, sea diferente.⁽²⁾

Dos de los modelos mayormente reconocidos en el desarrollo del cáncer son el desarrollo de las células madre cancerosas, en inglés conocidas como “cancer stem cells” (CSC) y la evolución clonal. Ambos modelos hablan a cerca de la enfermedad metastásica una vez que aparece el tumor primario.⁽²⁾

El modelo de la evolución clonal defiende que el crecimiento del tumor benigno sucede inicialmente cuando se daña el ADN. El tumor maligno aparece a medida que pasa el tiempo y tienen lugar distintas etapas de oncogénesis. Se van acumulando células de carácter heterogéneo debido a constantes mutaciones genéticas, viéndose un alto porcentaje de células de estas características en los tumores en estadios avanzados.⁽²⁾

Por otro lado, el modelo del desarrollo de las células madre cancerosas (CSC) propone que no todas las células madre tienen potencial de producir células, pero las que lo tienen, cuando tienen descendencia, solo una parte de esta tiene la capacidad de llegar a ser células malignas. El llegar o no llegar a tener esta característica dependerá de la propia capacidad de la célula para realizar divisiones mitóticas propias, independientemente del resto del organismo. Una vez que estas divisiones mitóticas tienen lugar, si en alguna de las células resultantes de este proceso se ha heredado la capacidad de realización de la mitosis independientemente del resto del organismo, se habrá producido una célula cancerosa ya que posee la capacidad de división propia, siendo responsable de la malignidad y del crecimiento del tumor.⁽²⁾

En 2018 la OMS dio a conocer la huella que está dejando el cáncer a nivel mundial en la humanidad. Se demostró que esta enfermedad es la segunda causa de muerte a nivel mundial.⁽¹⁾ En 2019, esta enfermedad es la primera causa de muerte en el mundo occidental en población comprendida entre los 0 y los 69 años. Para el año 2040 se prevén 16.3 millones de muertes, suponiendo un incremento del 71% respecto a años anteriores⁽³⁾ y aproximadamente 29,5 millones de casos nuevos.⁽⁴⁾

Además, se ha de señalar la importancia que tienen los factores de riesgo para la aparición del cáncer, ya que está directamente relacionado con el consumo de tabaco

(aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer se deben al consumo de esta sustancia) y de alcohol, estilo de vida sedentario, dieta inadecuada con escasa ingesta de frutas y verduras y un índice de masa corporal elevado.⁽¹⁾

Según los datos publicados por GLOBOCAN (International Agency for Research on Cancer), a lo largo de 2018, fueron detectados 18'1 millones de cánceres nuevos en el planeta.

El mayor porcentaje se registró en Asia, con un 48'4%. El 23'4% de estos cánceres, fueron diagnosticados en España.

Durante este año 2018, 9'6 millones de personas murieron a consecuencia del cáncer.⁽⁵⁾

Nuevos casos de cáncer diagnosticados en 2018 a nivel mundial

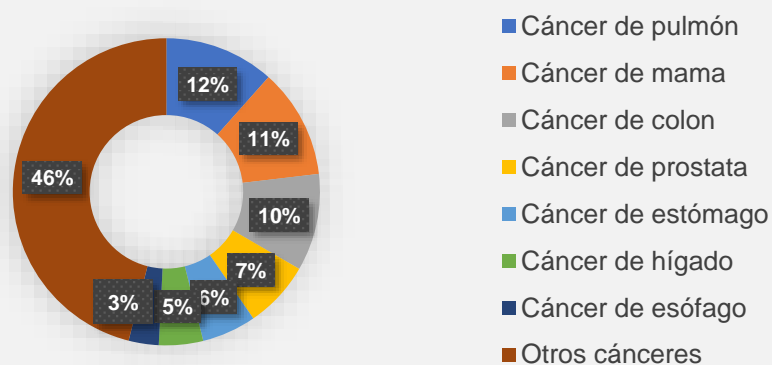


Gráfico 1: Nuevos casos de cáncer diagnosticados en 2018 a nivel mundial.⁽⁵⁾

Como se muestra en el gráfico 1, extraído de los datos de GLOBOCAN 2018, contiene el número estimado de casos nuevos de cáncer que fueron diagnosticados en 2018 a nivel mundial. En él se incluyen tanto a mujeres como a hombres de todas las edades, todo tipo de cánceres.

Los datos a nivel global de GLOBOCAN 2018, muestran que de los 18'1 millones nuevos de cánceres, el 10'2% corresponden a cáncer colorrectal (CCR)⁽⁵⁾, siendo el tercer cáncer con mayor incidencia, solo después del cáncer de pulmón y del cáncer de mama. Respecto a la mortalidad, es el segundo cáncer que más muertes ha causado en 2018, con un total de 883.200 muertes entre ambos sexos.

1.1.2 El cáncer de colon:

El aparato digestivo está formado por la boca, las glándulas salivales, el esófago, el páncreas, el hígado y la vesícula biliar, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso y el ano.

El intestino grueso está formado por el apéndice, el ciego, el colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide, el recto y el ano. Se inicia al final del íleon y finaliza al comienzo del ano. Mide aproximadamente 150 centímetros en adulto sano. El aporte sanguíneo lo recibe de la arteria mesentérica superior. Ésta a su vez proviene de la arteria aorta.⁽⁶⁾ Esto es importante ya que la metástasis más común (diseminación hematogénea) del cáncer de colon (CC) tiene lugar a nivel hepático, debido a la irrigación que ambos reciben, seguida de la metástasis de pulmón y hueso.⁽⁷⁾

El colon está formado por tres capas: capa mucosa, capa muscular y capa serosa. El tumor puede ser desarrollado en cualquiera de ellas. El CC más común es el adenocarcinoma, el cual es originado en las glándulas.⁽⁷⁾

Además, la edad es un factor de riesgo en esta enfermedad. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), los 70-71 años suele ser la edad en la que aparece este cáncer. Hay que tener en cuenta que ambos sexos se ven afectados de manera muy similar. Las probabilidades de padecer CC son mayores si se tienen antecedentes familiares de esta enfermedad, se padece de enfermedades intestinales inflamatorias, como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, pólipos a nivel de colon, se lleva un estilo de vida sedentario, alimentación inadecuada con alto consumo de grasas y escaso de frutas y verduras frescas; y hábitos tóxicos como el consumo de tabaco.⁽⁸⁾ Desde el año 2000 la incidencia de esta enfermedad ha disminuido un 30%, esto puede ser debido a los métodos de cribado y diagnóstico precoz, como puede ser la colonoscopia. Sin embargo, en la población menor de 50 años, ha aumentado. Se cree que esto pueda ser debido a las dietas inadecuadas y al aumento de la obesidad.⁽²⁾

A su vez, se ha demostrado que tras cinco años de consumo de ácido acetilsalicílico (AAS) la mortalidad a causa del cáncer se ve reducida. Este efecto de protección se ve mantenido hasta diez años después de abandonar el tratamiento con AAS. La incidencia de CCR se ha visto reducida un 30% a consecuencia del consumo de este fármaco, así como su mortalidad, la cual ha disminuido un 35% debido a este consumo. A pesar de estas buenas noticias, todavía se encuentra en estudio la cantidad óptima que se debería administrar de este fármaco para obtener beneficios que sopesen los riesgos que supone su consumo durante un tiempo prolongado.⁽²⁾

Esto es debido a que un gran número de los CCR son resultado de adenomas colorrectales. En las neoplasias y en los adenomas de colon, se encuentran niveles elevados de la enzima ciclooxigenasa 2 (COX-2). Esta enzima está relacionada con la carcinogénesis al elevar los valores de prostaglandina, la cual favorece la angiogénesis, la proliferación y migración celular y dificulta la apoptosis celular. El uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), en concreto, del AAS, se debe a que inhibe la enzima COX-2, favoreciendo la prevención del CCR, disminuyendo las probabilidades de aparición de tumores.⁽⁹⁾

A pesar de esto, en 2018, 16.577 personas fallecieron a causa de esta enfermedad en España, dejando a la luz la gran incidencia que tiene.⁽³⁾

En el año 2019, en España, 44.937 personas fueron diagnosticadas con esta enfermedad. Es el segundo cáncer más común en hombres, detrás del cáncer de próstata. En mujeres también está en la misma posición, tras el cáncer de mama.⁽⁷⁾

1.1.3 El cáncer de colon en España:

El cáncer en España es una de las principales causas de morbi-mortalidad. Según REDCAN (Red española de registros de cáncer) se prevén 277.394 personas nuevas diagnosticadas de cáncer en nuestro país.

El CC y el cáncer de recto serán las patologías oncológicas más diagnosticadas en nuestro país a lo largo de 2020, viéndose 44.231 nuevas personas afectadas. En la lista les siguen el cáncer de próstata, mama, pulmón y vejiga urinaria.⁽⁴⁾

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en los datos publicados en diciembre de 2018, en el año 2017, el CC fue el tumor que causó el segundo mayor número de muertes en nuestro país, independientemente del sexo.

Los hombres que fallecen debido a enfermedades tumorales, el mayor número de ellos lo hace debido al cáncer de pulmón, siendo el cáncer de colón el segundo con mayor mortalidad dentro de este sexo. En las mujeres, está precedido por el cáncer de mama y de pulmón.⁽⁷⁾

En la siguiente tabla de GLOBOCAN 2018, podemos observar los tumores más frecuentes según GLOBOCAN 2018. Cabe señalar que el CCR es el tumor más frecuente en España en ambos sexos. De los 270.363 nuevos casos de cáncer en nuestro país, el 13'7% (37.172 personas) se ve afectada por este tumor. Le siguen el cáncer de mama y el cáncer de próstata, con una incidencia del 12'1% y 11'7% respectivamente.⁽³⁾

Incidencia total de cáncer en España en 2018	
Tumores más frecuentes	Casos
Cáncer colorrectal	37.172 (13'7%)
Cáncer de mama	32.825 (12'1%)
Cáncer de próstata	31.728 (11'7%)
Cáncer de pulmón	27.351 (10'1%)
Cáncer de vejiga	18.268 (6'8%)
Total de incidencia de enfermedades tumorales en el año 2018	270.363 nuevos casos

Tabla 1: Incidencia total de cáncer en España en 2018.⁽⁵⁾

Los datos acerca de la incidencia en España están subestimados ya que la recogida de estos se realizó con los registros existentes (no abarcaban más del 17% de la población) y solo participaron en estos registros Albacete, Asturias, Islas Canarias, Castellón, Ciudad Real, Cuenca, Gerona, Granada, La Rioja, Mallorca, Murcia, Navarra, País Vasco, Tarragona y Zaragoza. Este hecho contrasta con lo que sucede en los países nórdicos y anglosajones, donde tienen un 100% de registro de los pacientes con cáncer. Esto expone la necesaria mejora que debería tener lugar en los programas de

participación y de recogida de datos.⁽³⁾ Se estima que para este año 2020, habrá 26.044 nuevos casos de CCR en varones, de los cuales 17.433 serán CC. Mientras que, en las mujeres, serán 18.187 de CCR y 12.635 de CC. Esperándose en conjunto 44.231 casos nuevos de CCR y 30.068 de CC.⁽⁴⁾

Respecto a la mortalidad, como podemos observar en la tabla que aparece a continuación, el cáncer causó 113.584 muertes en nuestro país, de las cuales, 16.577 fueron a consecuencia del CCR.⁽³⁾ Si nos centramos solamente en el CC, 11.265 personas fallecieron en España a causa de esta enfermedad según el INE.⁽¹⁰⁾ Los datos de la mortalidad son más sólidos y fiables que los de la incidencia del cáncer ya que han sido extraídos directamente del INE, siendo más exactos.⁽³⁾

Mortalidad total de cáncer en España en 2018	
Tumores más frecuentes	Casos
Cáncer de pulmón	22.896 (21'6%)
Cáncer de colorrectal	16.577 (15'6%)
Cáncer de páncreas	7.279 (6'87%)
Cáncer de mama	6.421 (6'06%)
Cáncer de próstata	5.793 (5'47%)
Total de mortalidad por enfermedades tumorales en el año 2018	113.584 casos

Tabla 2: Mortalidad total de cáncer en España en 2018.⁽³⁾

Como se puede ver, en 2018 hubo 270.363 nuevos casos y 113.584 fallecidos por enfermedades tumorales. En los últimos años, la mortalidad ha ido disminuyendo debido fundamentalmente a la importancia de la prevención primaria, un correcto cribado, el diagnóstico precoz y a la mejora de los tratamientos oncológicos.⁽³⁾

La prevalencia es el número de personas que continúan vivas a los 5 años del diagnóstico. GLOBOCAN 2018 publicó que 772.853 pacientes continúan vivos a los 5 años del diagnóstico. Es posible que la cifra de prevalencia sea mayor, ya que como se ha comentado previamente, los datos de incidencia no son del todo fiables.⁽³⁾

En la siguiente tabla se pueden observar las cifras de prevalencia de cáncer en España publicadas por la SEOM:⁽⁴⁾

Prevalencia total de cáncer en España en 2018	
Tumores más frecuentes	Casos
Cáncer de mama	129.928 (16'8%)
Cáncer de próstata	106.941 (13'8%)
Cáncer de colorrectal	105.714 (13'7%)
Cáncer de vejiga	59.019 (7'6%)
Cáncer de pulmón	28.833 (3'7%)
Total de pacientes que continúan con vida a los 5 años del diagnóstico	772.853 casos

Tabla 3: Prevalencia total de cáncer en España en 2018.⁽⁴⁾

El cáncer de pulmón es uno de los cánceres con menor prevalencia, a pesar de su gran incidencia. Esto se debe a su alta tasa de mortalidad.

1.1.4 El cáncer de colon en La Rioja:

La Rioja, según el INE, en el año 2018 contaba con 315.675 habitantes.⁽¹⁰⁾ Durante 2018, 849 personas fallecieron en La Rioja a consecuencia de enfermedades tumorales.

A lo largo de este año, de las 474 personas que fueron ingresadas por CCR en los hospitales de La Rioja, 109 fallecieron a consecuencia del CC.

En el año 2017 y 2016, fallecieron el mismo número de personas, 82, a consecuencia del CC. Sin embargo, en 2015 fallecieron 85 personas debido a esta enfermedad.⁽¹¹⁾

En el siguiente gráfico se puede ver la evolución de la mortalidad del CC en La Rioja desde el año 1980 hasta el año 2018, según los datos publicados por el INE.⁽¹²⁾

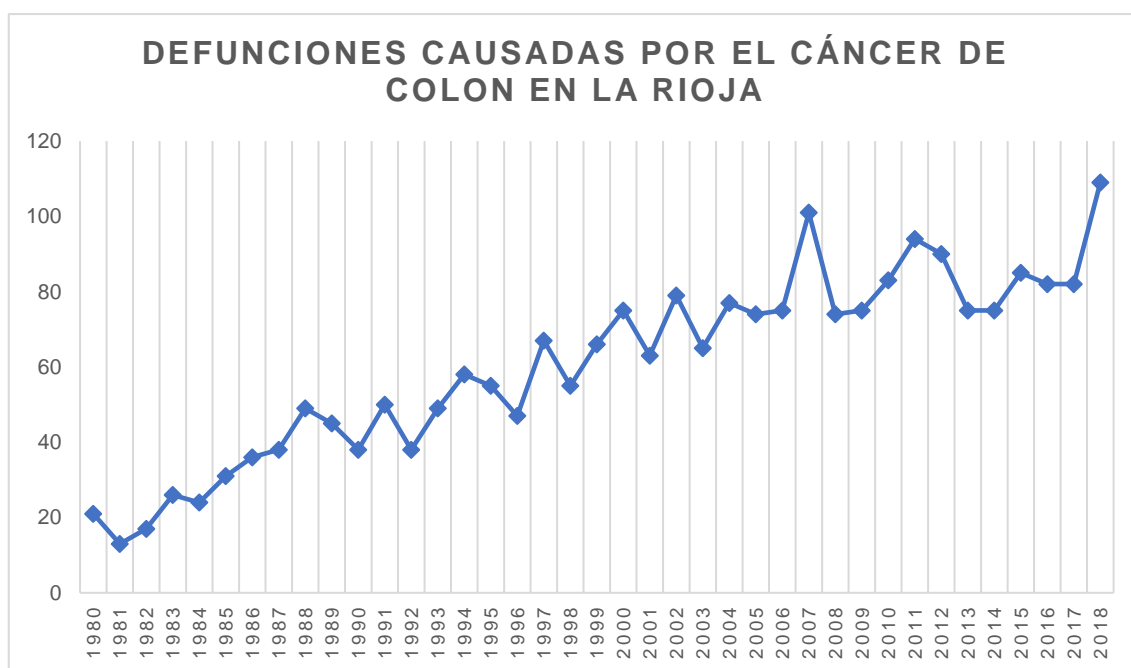


Gráfico 2: Defunciones causadas por el CC en La Rioja desde el año 1980 hasta el 2018.⁽¹²⁾

Una de las herramientas utilizadas para disminuir la mortalidad del cáncer son los métodos de cribado.

El cribado del CCR consiste en detectar el tumor o los pólipos premalignos cuando el sujeto carece de sintomatología a fin de disminuir la mortalidad por esta enfermedad. Con el cribado se consiguen detectar pólipos antes de que desarrollen cáncer (por lo general estos pólipos son asintomáticos), permitiendo detectar la enfermedad en una fase precoz. La detección en la fase temprana de la enfermedad permitirá un abordaje terapéutico menos agresivo y con mayor probabilidad de éxito.⁽¹³⁾

Dentro de las distintas pruebas para el cribado del CCR encontramos: colonoscopia, sigmoidoscopia, colonoscopia virtual, cápsula de colon, detección de ADN en heces y el test de sangre oculta en heces (TSOH). Esta última es la prueba más realizada.⁽¹³⁾

Desde el 3 de mayo de 2010, el Sistema Riojano de Salud (Riojasalud) incorporó el programa de detección precoz de CC.⁽¹⁴⁾ La prueba consiste en el TSOH.

El TSOH es una prueba no invasiva e indolora, se utiliza para determinar la presencia de sangre no visible en las heces. Tiene como objetivo detectar a tiempo pólipos o lesiones en el colon, las cuales podrían derivar en un tumor maligno.⁽¹⁵⁾ Si el diagnóstico tiene lugar en la fase inicial de la enfermedad, las posibilidades de curación se ven incrementadas notablemente.

Con los datos proporcionados por Riojasalud en 2020, el diagnóstico precoz de CC ha logrado detectar desde el comienzo de este programa, más de 220 procesos oncológicos y alrededor de 2.500 lesiones premalignas.⁽¹⁶⁾

Esta prueba se realiza a la población diana riojana, personas entre 50 y 74 años (siguiendo la recomendación de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG)). La población diana varía ligeramente de una comunidad autónoma a otra. En La Rioja, siguiendo los criterios de la AEG, el cribado se realizará de la siguiente manera:⁽¹³⁾

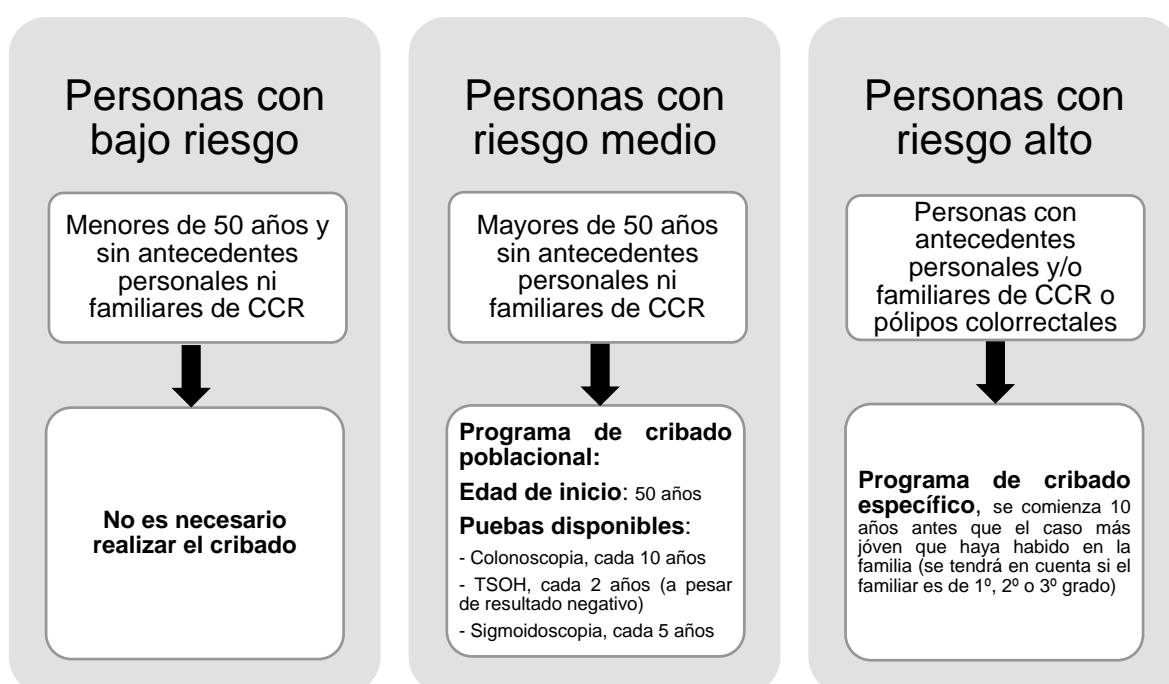


Gráfico 3: Cribado del CC.⁽¹³⁾

Que el resultado de esta prueba sea fiable depende de la correcta comprensión de la prueba por parte del paciente para su posterior realización.

La población diana recibe una carta en su domicilio. En esta carta se les explica el programa de diagnóstico precoz de CC. Ellos son quienes solicitan cita con la enfermera de su centro de salud. Ésta, será la encargada de explicarles la correcta realización y recogida de la muestra que posteriormente será entregada en el laboratorio de dicho centro de salud.

En la información que les es entregada a los pacientes en atención primaria en La Rioja cuando reciben las explicaciones para la realización correcta del TSOH, se puede encontrar información relevante acerca de qué puede indicar que el resultado de la prueba sea positivo.

Los resultados positivos en esta prueba pueden indicar: varices esofágicas sangrantes, esofagitis, gastritis, trauma del tubo digestivo, tumor de tubo digestivo, enfermedad

inflamatoria intestinal, úlcera péptica, complicaciones en una cirugía de tubo digestivo, angiodisplasia del colon, pólipos de colon o CC, fisuras y hemorroides.

Si los resultados de la prueba son positivos, se le realizarán más pruebas (como la colonoscopia) al sujeto para determinar si se trata de un falso positivo o si de verdad posee alguna lesión.

Esta prueba se realizará a cada paciente, en general, cada 2 años, a pesar de haber obtenido anteriormente resultados negativos.

1.2 ANTECEDENTES

La historia de lo que actualmente se conoce como colostomía, fue desarrollada paralelamente al avance de las técnicas quirúrgicas. El sufijo ostomía proviene del griego *stomatos*, lo que significa boca u orificio. Es muy probable que una de las primeras cirugías realizadas al intestino fuera la creación de una ostomía. Praxágoras de Cos, médico de la antigua Grecia, realizaba fístulas enterocutáneas a fin de aliviar las obstrucciones intestinales. Con el paso del tiempo se observó que los pacientes sobrevivían, sobre todo los pacientes de colon, quienes no sufrían alteraciones metabólicas. Incluso alguna de ellas cerraba sin reintervención.⁽¹⁷⁾

En 1710, el médico francés Alexis Littre sugirió la práctica sistemática de cecostomía inguinal transperitoneal a todos los pacientes que padeciesen ano imperforado, naciendo así el concepto de ano artificial. En 1776, Pillore, cirujano francés, realizó un ano artificial a una paciente con carcinoma obstructivo del colon sigmoide, resultando todo un éxito, ya que la paciente falleció 28 días después, pero a consecuencia de la necrosis intestinal ocasionada por la retención del mercurio que fue administrado para preparar el intestino para la intervención. No fue hasta 1793 cuando el cirujano Duret realizó la primera colostomía izquierda exitosamente a un niño con ano imperforado. Dicho niño murió a los 45 años. Sin embargo, la primera colostomía transversa fue realizada por Fine en 1797, quien creyó que lo que estaba abocando a superficie era un asa de íleon, posteriormente evidenciándose en la autopsia que lo que fue exteriorizado fue el colon transverso.⁽¹⁷⁾

Jean Zulema Amussat, médico francés, publicó en 1839 la técnica que permitía exteriorizar y diseccionar el colon sigmoide en la región lumbar izquierda sin perjudicar la cavidad abdominal, queriendo impedir la contaminación transperitoneal a causa de un estoma inguinal. De los 29 pacientes colostomizados a los que realizó esta cirugía, 20 murieron a consecuencia de peritonitis, 5 por causas distintas, sobreviviendo solo 4. La técnica transperitoneal de Amussat fue estudiada y defendida años después.⁽¹⁷⁾

En 1880, Gussenbauer elaboró una colostomía terminal con cierre del extremo superior del muñón rectal a un paciente con cáncer de recto, siendo una de las intervenciones precursoras del procedimiento de Henri Hartmann.⁽¹⁷⁾

Schloffer en 1903, creyó que algunos tumores, catalogados inicialmente como inoperables, podían ser resecados mediante la creación de una colostomía. Siendo el autor de la colostomía en tres tiempos.⁽¹⁷⁾

A pesar de la falta del instrumental especializado actual, Moisés Jacobs realizó la primera hemicolectomía derecha por vía laparoscópica en Miami, Florida en 1990. Ese mismo año, Joseph Uddo hizo un cierre de colostomía asistida por laparoscopia.⁽¹⁷⁾

En 1958, Rupert Beach Turnbull, jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el Hospital de Cleveland, Ohio, nombró a Norma Gill técnica en estomas, lo que actualmente es conocido como enfermera estomaterapeuta (EE). Se le considera la primera estomaterapeuta de la historia. Curiosamente, Norma Gill no fue enfermera, fue una paciente ileostomizada.⁽¹⁷⁾

No fue hasta 1961 cuando se reconoció la estomaterapia como una profesión en Estados Unidos. Sin embargo, los primeros alumnos fueron pacientes ostomizados rehabilitados, en lugar de enfermeras.⁽¹⁷⁾

El doctor Turnbull en 1968 ayudó a que los primeros 12 graduados se unieran para crear la primera Asociación de Terapeutas Enterostomales de los Estados Unidos. En 1971, la asociación previamente nombrada, modificó su nombre a Asociación Internacional de Terapeutas Enterostomales (IAET). Gracias a los esfuerzos de enfermos, médicos, enfermeras y casas comerciales para un correcto cuidado de los estomas, se creó a finales de los años 70 el Consejo Mundial de Terapia Enterostomal (WCET).⁽¹⁷⁾

2. JUSTIFICACIÓN

La creación de una ostomía afecta al individuo a nivel físico, fisiológico, emocional, psicológico y social.⁽¹⁸⁾

Cuando el paciente es dado de alta no solo se ha de enfrentar a dificultades en los niveles previamente mencionados, sino que también encuentra problemas a la hora de querer resolver dudas, recibir asistencia sanitaria especializada en su nueva modificación corporal y ayuda. El paciente ha de ser capaz de poder acceder a atención médica y cuidados enfermeros tanto antes como después de la operación ya sea en el ámbito de Atención Especializada como en Atención Primaria.⁽¹⁸⁾

En España, país con 37.172 casos de CCR en el año 2018, pocos son los hospitales que ofrecen, entre sus servicios, la consulta de estomaterapia. En el caso de La Rioja, solamente existe una única consulta ubicada en el Hospital San Pedro de Logroño.⁽¹⁹⁾ El hecho de que en una comunidad en la que en el año 2018, 474 personas fueron ingresadas por CCR en los hospitales de La Rioja falleciendo 109 a consecuencia del CC, solamente haya una consulta de estomaterapia, deja mucho que desear tanto por parte de los pacientes como por parte del personal sanitario que se ve sobrecargado. Una consulta cuyo ratio en 2017 era de 470 pacientes señala la necesidad urgente de más consultas de estomaterapia para poder trabajar adecuadamente y brindar cuidados de calidad. Abrir nuevas consultas de estomaterapia implica a su vez la posibilidad de ofrecer esta especialidad a las enfermeras españolas. Actualmente, la única universidad que está impartiendo esta formación a nivel de titulación profesional postgrado es la Universidad de Alcalá, la cual oferta únicamente 15 plazas para la formación de enfermeras especializadas en estomaterapia.⁽²⁰⁾ El bajo número de plazas refleja la dificultad por la que atraviesan las EE y por ende, los pacientes ostomizados.

La EE no solamente se encarga del marcaje de la ostomía, es la encargada de la parte más esencial de la enfermería en el paciente ostomizado, la educación sanitaria que promueva el autocuidado, mejorando la calidad de vida del paciente ostomizado notablemente.

Esta situación deja a la luz más que nunca la importancia del papel de la enfermera en la promoción de la salud y en la correcta educación sanitaria. La enfermera ha de ser capaz de instruir adecuadamente al paciente y a su entorno más próximo las ostomías, dándoles toda la información necesaria y siendo capaz de resolver las dudas que se generen.

La educación sanitaria que fomente el autocuidado y de al paciente estrategias de afrontamiento en el día a día de su nueva vida, dota de autonomía a los pacientes para que sean ellos mismos quienes se encarguen del correcto estado del estoma.⁽¹⁸⁾

A su vez, toda aquella enfermera que trate con pacientes oncológicos debe conocer las técnicas adecuadas para el correcto manejo de las vías centrales, las cuales son de gran utilidad y recurrencia en pacientes con estas patologías debido al tipo de tratamiento farmacológico que reciben. Han de ser enfermeras dotadas de conocimiento, competentes, conscientes de la importancia que tiene la enfermera en el abordaje del paciente oncológico y que cuenten con el conocimiento necesario para brindar adecuadamente los cuidados que este tipo de vías precisan.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 LAS OSTOMÍAS

3.1.1 Concepto de ostomía:

Una ostomía consiste en la comunicación de una víscera hueca con el exterior. Tiene lugar a través de una intervención quirúrgica (IQ).⁽²¹⁾ A la abertura artificial resultante de esta unión de la víscera con el exterior se le denomina estoma.⁽²²⁾ Tiene como finalidad evacuar el contenido del órgano, permitir la alimentación a través de una sonda de nutrición enteral o permitir la correcta permeabilización de las vías respiratorias.⁽²³⁾

El CCR es la patología que más ostomías causa, siendo culpable del 80% de los estomas elaborados en España.⁽²³⁾ Según el Libro Blanco de las Ostomías, en España se estima que cada año se realizan 16.000 nuevos estomas, calculando que alrededor de 70.000 españoles llevan una ostomía. De esas ostomías realizadas, el 60% son temporales, es decir, con el tiempo se pueden revertir y el 40% son permanentes. La ostomía más frecuente es la colostomía, siendo realizada en un 55'1% de los casos, seguida por la ileostomía cuya frecuencia es del 35'2% y por la urostomía, la cual solo se realiza en el 9'7% de los casos.⁽¹⁹⁾ La realización de la ostomía ha salvado un gran número de vidas a lo largo de la historia, convirtiéndose en una de las intervenciones quirúrgicas más exitosa a lo largo de los años.

Este trabajo se centrará en las ostomías digestivas, concretamente, en la colostomía, debido a que es la técnica realizada a los pacientes con CC.

La colostomía tiene lugar cuando el colon se aboca a la superficie abdominal. Gracias al estoma creado quirúrgicamente, se evacuarán las deposiciones.⁽²⁴⁾

A medida que se progresa en el colon, las heces cambiarán de consistencia, pasando de un estado más líquido a ser semisólidas y sólidas, siendo muy similares a las eliminadas por el conducto anal. Esto se debe a la absorción de fluidos que tiene lugar en el intestino grueso. Las personas portadoras de colostomías descendentes o sigmoideas, tras recuperarse de la cirugía, serán capaces de mantener un patrón de eliminación similar al que tenían antes de la intervención.⁽²⁴⁾

El estoma, al ser una porción del intestino abocada a superficie, carece de esfínter, por lo que las deposiciones pueden salir continuamente, no se posee control voluntario sobre él.⁽²⁵⁾ No hay control de deposición. Para ello, las personas portadoras de colostomías utilizan sistemas de recogida como las bolsas de colostomía de las que se hablará en los siguientes apartados. Tras un periodo de tiempo posterior a la cirugía, las personas tendrán su patrón de eliminación regularizado.⁽²⁴⁾ En el caso de colostomías descendentes o sigmoideas puede darse el caso de que estén más de un día sin realizar deposición. Este hecho estará muy relacionado con el tipo de dieta de la persona, el tipo de colostomía y el patrón intestinal previo a la intervención.⁽²⁵⁾

3.1.2 Tipos de colostomía:

Las colostomías se clasifican, principalmente, en función de la temporalidad, en relación a la anatomía de la estoma y según la localización del estoma y de la porción de colon que comunican con el exterior (ubicación anatómica). Dependiendo de la ubicación de la colostomía, las heces variarán de cantidad, consistencia y acidez.⁽²⁴⁾ Esto último será de vital importancia para el correcto cuidado de la piel periestomal.

- Colostomías según temporalidad:
 - Colostomías definitivas → A su vez conocidas como colostomías permanentes. Se llevan a cabo cuando la porción de intestino afectada debe ser extirpada o en su defecto, debe estar sin función. No hay perspectivas de cierre de este tipo de colostomías en el futuro.⁽²⁶⁾
 - Colostomías temporales → También se conocen como colostomías de corto plazo. La finalidad de este tipo de colostomías es permitir una correcta recuperación de la porción de intestino que precisaba la interrupción del tránsito intestinal para su adecuada sanación. Este proceso de curación puede tardar semanas, meses o incluso años. Una vez la porción de intestino se ha recuperado adecuadamente, se reconstruye el intestino, eliminando el estoma, recuperando el tránsito intestinal, volviendo a ser eliminadas las heces por el ano.⁽²⁶⁾

- Colostomías según ubicación anatómica:
 - Cecostomía → es realizada en la fosa ilíaca derecha, a nivel de ciego. Este tipo de colostomía no es frecuente. La consistencia de las heces es líquida. Son muy irritativas para la piel periestomal ya que poseen enzimas digestivas en su composición.⁽²⁷⁾
 - Colostomía ascendente → en el lado derecho del abdomen, donde se encuentra la porción de colon ascendente. Dado que la zona en la que se localiza el estoma está muy próxima al íleon y no se ha recorrido suficiente colon como para que se produzca una correcta absorción de fluidos, las heces que saldrán por éste serán de consistencia semilíquida, teniendo gran capacidad de irritación de la piel periestomal, debido a la presencia de enzimas digestivas en las heces. Las deposiciones serán continuas e impredecibles.⁽²⁴⁾ Este tipo de colostomía no se realiza demasiado, ya que tiende a ser sustituida por una ileostomía.⁽²⁶⁾
 - Colostomía transversa → en la parte superior del abdomen, hacia la mitad de este. Esta intervención suele realizarse de manera temporal (semanas, meses o años), permitiendo que el tránsito intestinal a través del resto del colon descendente, sigma, recto y ano se vea interrumpido. Una vez la porción de colon que interesaba tener sin tránsito para su correcta recuperación vuelve a estar en correctas condiciones, a través de una IQ, se reestablece el tránsito intestinal, viéndose eliminado el estoma. Las heces saldrán de forma ininterrumpida, de consistencia semisólida y con capacidad de irritar la piel.⁽²⁴⁾
 - Colostomía descendente → en la parte inferior izquierda del abdomen, donde se encuentra la porción de colon descendente. Las heces producidas son de consistencia firme y de carácter menos irritativo que las anteriores ya que carecen de enzimas digestivas; a pesar de ello, hay que vigilar siempre la piel periestomal. Generalmente, con la educación sanitaria, el autocuidado del paciente y una correcta dieta, la persona portadora de una colostomía descendente o sigmoidea, puede llegar a regular las deposiciones.⁽²⁵⁾
 - Colostomía sigmoidea → en la parte inferior izquierda del abdomen, unos centímetros más abajo en el tubo digestivo que la colostomía descendente. Se realiza en el colon sigmoide. Probablemente, este sea el tipo de colostomía más realizada. Es un tipo de colostomía cómoda para la persona que la porta, ya que las heces, al haber recorrido prácticamente todo el tubo digestivo, tendrán una consistencia muy similar a las producidas por las personas que realizan las deposiciones a través del ano. La evacuación tendrá lugar cuando se haya acumulado una cantidad importante de heces en el colon que le precede. Tanto en las colostomías descendentes como sigmoideas, pueden pasar un par de días entre una deposición y otra. Eso no quiere decir que no haya pequeñas evacuaciones de contenido fecal, ya que al carecer de esfínter

que contenga las heces, estas pueden salir. Todo esto dependerá del patrón de eliminación que tenía la persona antes de ser intervenida. Si previamente se tenía un patrón de eliminación muy irregular, será muy difícil o imposible conseguir que la colostomía libere las heces de forma regular.⁽²⁵⁾

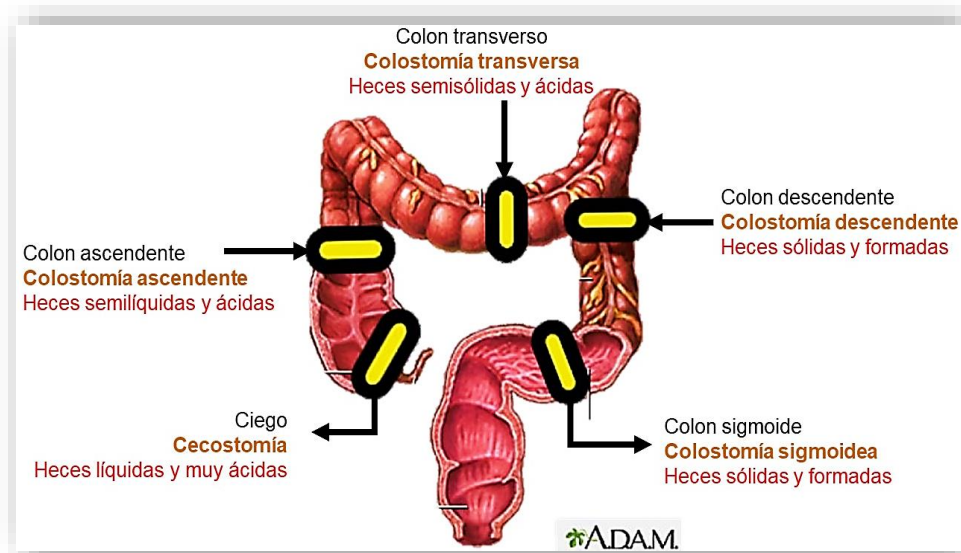


Ilustración 1: Tipo de colostomías según ubicación anatómica. Imagen obtenida de Adam. Texto de elaboración propia.

- Colostomía según la anatomía del estoma:
 - Colostomía en asa → Esta técnica suele realizarse en las colostomías de colon transverso. Se lleva a cabo un corte prácticamente completo del colon. En la superficie se observan dos estomas, unidos entre sí. El estoma en el que finaliza el tubo digestivo libera materia fecal. El otro estoma, libera secreciones mucosas. Estas secreciones a su vez pueden ser liberadas por el ano.⁽²⁴⁾

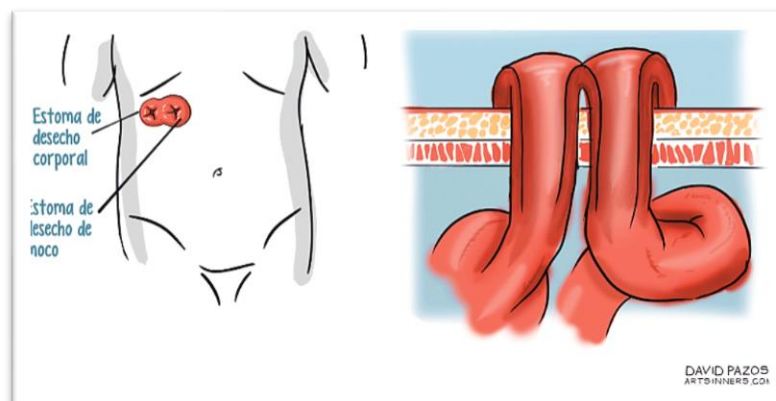


Ilustración 2: Colostomía en asa.⁽²⁴⁾

- Colostomía en cañón de escopeta → Se abocan dos estomas a superficie. Cada uno independiente del otro. El estoma conectado al tubo digestivo, tiene la finalidad de eliminar las heces. El otro estoma, también conocido como fístula mucosa, libera secreciones mucosas.⁽²⁴⁾

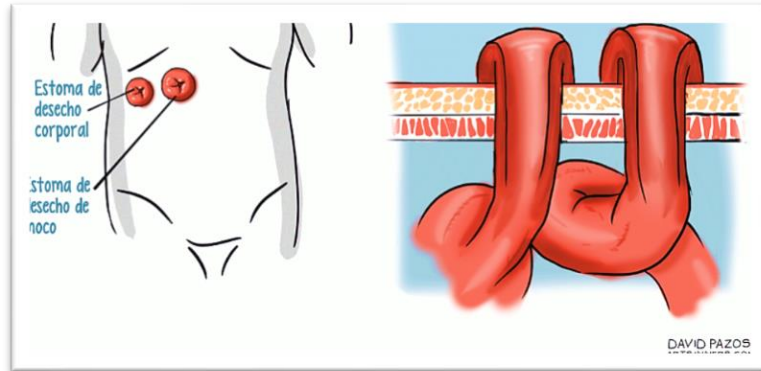


Ilustración 3: Colostomía en cañón de escopeta.⁽²⁴⁾

- Colostomía terminal → Es la colostomía más realizada, también se le conoce como colostomía de boca única. Solo posee un estoma abocado a superficie. Este estoma liberará tanto contenido fecal como secreciones mucosas.⁽²⁴⁾

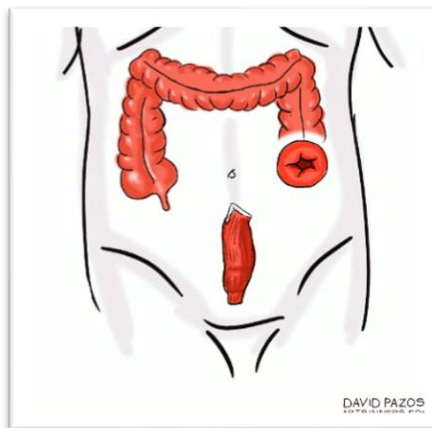


Ilustración 4: Colostomía terminal.⁽²⁴⁾

3.1.3 Complicaciones de las colostomías:

Se calcula que aproximadamente la mitad de los pacientes portadores de ostomías tienen complicaciones de cualquier tipo relacionadas con el estoma. Entre los años 2007 y 2008 se llevó a cabo un estudio en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda en Madrid. De los 44 pacientes que participaron en dicho estudio, el 59% de ellos experimentó complicaciones en el postoperatorio. El 50% las sufrió a los 15 días de recibir el alta de hospitalización. El 40%, transcurridos tres meses de la operación y el 32% tras seis meses de la intervención.⁽²¹⁾

En un 7% de los casos, estas complicaciones suponen una reintervención quirúrgica. Y en menos del 8% de los casos producen la muerte del paciente.⁽²¹⁾

Las complicaciones más comunes son causadas debido a la mala adherencia o inadecuado tamaño del dispositivo de recolección, lo que supone el contacto de la materia fecal con la piel periestomal. Incluso el material adhesivo del dispositivo causa complicaciones en esta zona.⁽²¹⁾

Complicaciones que encontramos:

INMEDIATAS	TARDÍAS	DE LA PIEL
Edema	Estenosis	Dermatitis periestomal
Hemorragia	Hernia	Ulceraciones
Isquemia / Necrosis	Prolapso	Granulomas
Infección / Sepsis	Recidiva tumoral	Varices paraestomales
Retracción del estoma		
Dehiscencia		
Evisceración		

Tabla 4: Tipos de complicaciones de las colostomías.⁽²⁸⁾

- Complicaciones inmediatas:
 - Edema→ Al producirse un edema cambia el tamaño y el color del estoma. El estoma puede resultar muy grande en el postoperatorio, debido al trauma quirúrgico. Reducirá gradualmente hasta lograr su tamaño final en seis u ocho semanas tras la intervención. También puede cursar con edema debido a que el orificio realizado para la exteorización de la víscera tiene un diámetro demasiado pequeño. A su vez, puede darse debido a una tracción exagerada del intestino. La aparición del edema causa cierto grado de obstrucción intestinal, alterando la función del estoma.⁽²⁸⁾



Ilustración 5: Edema de la mucosa. Imagen cedida por la autora.(28)

- Hemorragia→ Complicación muy poco frecuente, ocurre en el 2-3% de los pacientes. De tener lugar, ocurre en las horas inmediatas a la IQ. Suele producirse a causa de lesiones en vasos subcutáneos o submucosos en la sutura del intestino a la pared abdominal. Por lo general, remite de forma espontánea. Si el sangrado ocurre en zonas colindantes al estoma debido a lesiones de los vasos epigástricos, puede aparecer isquemia a causa de la compresión que la hemorragia produce, existiendo riesgo de hemoperitoneo.(28)



Ilustración 6: Hemorragia del estoma. Imagen cedida por la autora.(28)

- Isquemia / Necrosis→ Por lo general se manifiesta en las primeras 24 horas tras la IQ. Tiene lugar un cambio de la coloración de la mucosa del estoma, tornándose negruzca. Puede ser a nivel superficial, de la mucosa, o a nivel de cavidad peritoneal. La causa por lo general, se debe a complicaciones de la técnica quirúrgica como pueden ser la desvascularización del intestino durante la resección o la tracción extrema.(28)

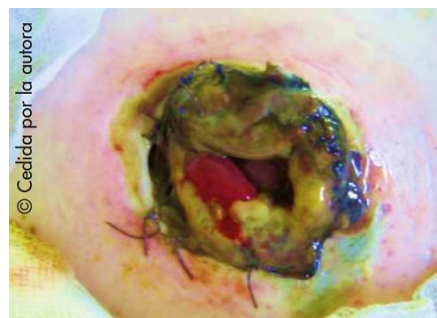


Ilustración 7: Isquemia del estoma. Imagen cedida por la autora.(28)

- Infección / Sepsis→ Debido a la asepsia presente en estas cirugías, esta complicación es frecuente. Al roce o palpación de la zona, el paciente refiere dolor. Cursa con inflamación, eritema, supuración e incluso fiebre. Puede desencadenar un absceso o simplemente una inflamación periestomal. Si afecta a toda la zona periestomal por completo, puede llegar a producir dehiscencia a nivel de la unión mucocutánea.⁽²⁸⁾

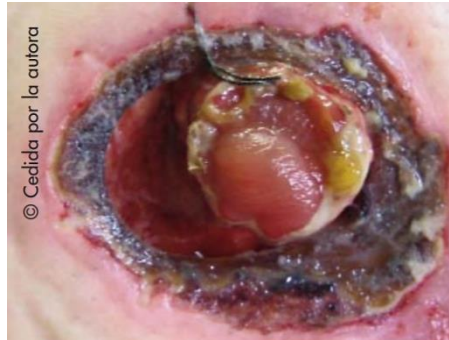


Ilustración 8: Infección del estoma. Imagen cedida por la autora.⁽²⁸⁾

- Retracción del estoma→ Tiene lugar cuando el estoma se encuentra por debajo del nivel de la piel. La principal causa es una excesiva tensión intestinal. Una de las causas más comunes para que tenga lugar esta retracción del estoma es el aumento considerable de peso por parte de la persona portadora del estoma. Será necesaria la reintervención quirúrgica si la correcta colocación de dispositivos de recolección se ve impedida o si el grado de retracción es tan importante que incluso dificulta la salida de las heces por el estoma.⁽²⁸⁾



Ilustración 9: Retracción del estoma.⁽²⁹⁾

- Dehiscencia→ Se conoce con este nombre a la separación entre el asa intestinal y la pared abdominal previamente suturadas. Suele cursar con infección.⁽²⁸⁾



Ilustración 10: Dehiscencia del estoma. Imagen cedida por la autora.⁽²⁸⁾

- Evisceración→ Esta complicación es muy poco frecuente. Tiene lugar cuando el orificio que se ha creado en la pared abdominal es demasiado grande en comparación con el diámetro del estoma y una de las asas intestinales sale al exterior a través de este.⁽²⁸⁾



Ilustración 11: Evisceración en colostomía.(30)

- Complicaciones tardías:

- Estenosis→ Ocurre cuando la luz del estoma es tan estrecha que la salida de las heces o la introducción de un dedo a través de él se ve dificultada. Ocurre con mayor frecuencia en ileostomías que en colostomías. Son debidas a diversas causas, entre las que encontramos derivadas de la técnica quirúrgica, orificio cutáneo insuficiente, tipo de estoma u obesidad de la persona portadora del estoma, entre otras.⁽²⁸⁾

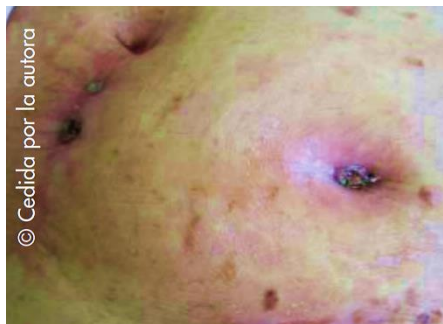


Ilustración 12: Estenosis en colostomía. Imagen cedida por la autora.(28)

- Hernia→ Dentro de las complicaciones tardías es la que ocurre con mayor frecuencia. Hay autores que incluso la catalogan como inevitable. Esto se debe a que, al crear la colostomía, la musculatura de la pared abdominal es perjudicada. Lo que produce que tanto la colostomía como la zona periestomal protruya a través de los puntos débiles de la musculatura previamente mencionada. El tamaño de la hernia es muy variable. Cuando la persona se encuentra en posición decúbito supino la hernia no es visible, mientras que cuando está la persona en decúbito prono, vuelve a ser visible.⁽²⁸⁾



Ilustración 13: Hernia en colostomía. Imagen cedida por la autora.(28)

- Prolapso→ Sucede con mayor frecuencia en colostomías que en ileostomías, sobre todo en la colostomía transversa. Normalmente su aparición es de carácter progresivo. Consiste en la excesiva salida del colon a la superficie abdominal. Tiene lugar a consecuencia de la edematización creada por el aumento de la presión intraabdominal, por la inadecuada fijación del colon, por el uso de dispositivos que se ajusten demasiado o incluso por movimientos intestinales. El tamaño del prolapso es variable, pudiendo incluso alcanzar los 20 milímetros.⁽²⁸⁾



Ilustración 14: Prolapso en colostomía. Imagen cedida por la autora.(28)

- Recidiva tumoral→ No es muy frecuente que reaparezcan neoplasias en la zona del estoma. En el caso de que aparezcan, la adherencia de los dispositivos de recolección se ve gravemente perjudicada.⁽²⁸⁾

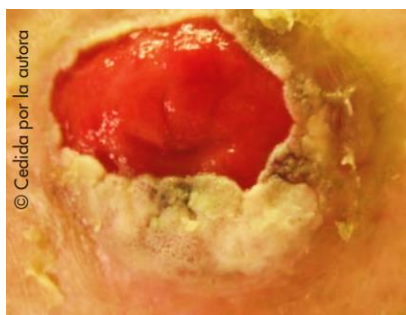


Ilustración 15: Recidiva neoplásica. Imagen cedida por la autora.(28)

- Complicaciones de la piel:

- Dermatitis periestomal→ Puede ser observada tanto en el postoperatorio inmediato como tardío. Las dermatitis pueden ser: (pudiendo ser todas ellas catalogadas a su vez como: leves, moderadas o severas).⁽²⁸⁾
 - ✓ Dermatitis irritativa: Causada por la acción directa de los agentes irritantes, como puede ser el contacto continuo de la piel periestomal con la materia fecal. Mejora cuando el agente causante de la irritación es eliminado. Para ello, se procurará evitar fugas o filtraciones ajustando correctamente el adhesivo y el tamaño del disco a la piel periestomal, eligiendo el adecuado para cada tipo de estoma. La existencia de pliegues, hundimiento del estoma o la insuficiente protrusión del mismo, dificultan el buen agarre del disco a la piel periestomal.⁽²⁸⁾
 - ✓ Dermatitis alérgica: Suelen remitir en el momento en el que se cambia de dispositivo. La parte de los dispositivos que más reacción suele producir es el adhesivo del disco.⁽²⁸⁾
 - ✓ Dermatitis micótica: Producidas por la infección de hongos. Es necesario tratamiento.⁽²⁸⁾
 - ✓ Dermatitis microbiana: Producidas por la infección de bacterias. Es necesario tratamiento.⁽²⁸⁾
 - ✓ Dermatitis mecánica: Será recomendable la elección de discos de adhesión a la piel que puedan ser mantenidos como mínimo 4 días, para evitar el cambio constante de discos y la consecuente irritación de la piel periestomal. Además, los folículos pilosos de la zona periestomal pueden sufrir procesos infecciosos. Será recomendable el rasurado de esta zona.⁽²⁸⁾
- Ulceraciones→ Surgen a consecuencia de infecciones bacterianas y del mal uso de los dispositivos de recolección. Aparecen en la mucosa del estoma o en la zona periestomal.⁽²⁸⁾

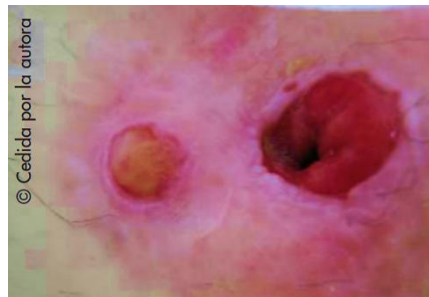


Ilustración 16: Ulceración periestomal. Imagen cedida por la autora.⁽²⁸⁾

- Granulomas→ Masas carnosas no neoplásicas de escaso tamaño que aparecen en torno al estoma. Surgen debido a una insuficiente reabsorción del material de sutura o al roce que producen los dispositivos sobre la mucosa del estoma.⁽²⁸⁾

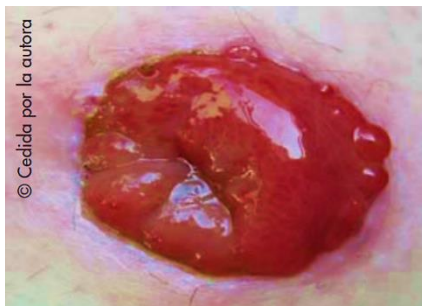


Ilustración 17: Granulomas en estoma. Imagen cedida por la autora.⁽²⁸⁾

- Varices paraestomales→ Mayormente causadas por hipertensión portal a consecuencia de metástasis o cirrosis hepáticas. Surgen debido a otra enfermedad previa. Pueden cursar con sangrados masivos.⁽²⁸⁾

3.1.4 Dispositivos de recolección. Sistema de irrigación. Tapón obturador:

- Dispositivos de recolección: Tienen como función recoger las heces liberadas por el colon. Están formadas por dos partes: el disco (también llamada placa), el cual posee una zona adhesiva que se pega a la piel, y la bolsa, la cual es la encargada de contener la materia fecal resultante de la digestión.⁽³¹⁾

En el caso de las colostomías, estas bolsas son cerradas, a diferencia de las ileostomías. Esto se debe a las características de las heces eliminadas y a la frecuencia de eliminación, que, en el caso de las colostomías, con el tiempo y la recuperación de los hábitos de vida previos a la IQ, realizan deposición solo una vez al día normalmente. Siempre que la persona portadora de colostomía experimente cambios en su patrón intestinal viéndose afectado el número de deposiciones y la consistencia de las heces, cuando sean semilíquidas, es recomendada la utilización de una bolsa de ileostomía abierta, la cual podrá vaciar las veces que sea necesario en el inodoro.⁽³¹⁾

Existen distintos tipos de dispositivos para colostomías, siendo elegido el que mejor se adecue a las características individuales del paciente.

Tras la IQ, en el postoperatorio inmediato, el paciente portará una bolsa de ileostomía de dos piezas, transparente y abierta. Con este tipo de bolsa se pueden observar las características de las heces y el estoma. Que sea de dos piezas supone que el disco que va adherido a la piel del paciente está separado de la bolsa recolectora de las heces. La bolsa puede ser cambiada cuantas veces sea necesario, pero el disco se procurará que permanezca adherido unos 3 o 4 días, siendo sustituido siempre que sea necesario. Son bolsas carentes de filtro, esto se debe a que, sin el filtro, el hecho de que la bolsa se hinche implica que comienza a haber tránsito intestinal para gases, buen signo tras la operación, siendo observado por el personal sanitario. Además, al ser abierta, se podrá vaciar el contenido fecal cuantas veces sea necesario sin precisar la retirada del disco que se encuentra en

contacto con la piel, disminuyendo la erosión de ésta. En el postoperatorio tardío, varios días después de la IQ si la colostomía evoluciona adecuadamente, se colocará una bolsa cerrada con filtro. Dicho filtro evitará la acumulación de gases en el interior de la bolsa a la vez que neutraliza los olores producidos por el intestino. El paciente será participe en la elección del tipo de bolsa que debería llevar en el futuro, pudiendo elegir entre bolsas de una pieza o dos, opacas o transparentes y si quiere que los discos estén prerrecortados o recortarlos él mismo. Las bolsas de una pieza se caracterizan por tener el disco y la bolsa recolectora juntos, siendo imposible separarlos. Si hay que cambiar la bolsa, es necesario despegar también el disco, pudiendo producir efectos en la piel periestomal. Se recomienda que una vez conocido el diámetro final del estoma y la frecuencia de las deposiciones tras normalizarse el tránsito intestinal, el paciente utilice bolsas cerradas de dos piezas opacas y con filtro.⁽³²⁾ El paciente tiene a su disposición cinturones abdominales que quedan sujetos al disco para así evitar que este se despegue.

- Sistema de irrigación: Consiste en introducir entre 500 y 1500 centímetros cúbicos de agua a temperatura corporal en el intestino, a través del estoma situado en la parte distal del colon. Al introducir el volumen de agua previamente nombrado en el colon, se produce una distensión, la cual a su vez genera contracciones provocando la expulsión de la materia fecal por estimulación mecánica tras la introducción del agua. Con esta técnica se podrá controlar la deposición ya que una vez queda liberado el contenido intestinal, la colostomía queda en reposo y está lista para volver a retener contenido fecal hasta la siguiente irrigación. Esta técnica no evita que se produzcan gases ni mejora el olor de las heces ni el ruido intestinal.⁽³²⁾

No puede realizarse esta técnica a personas portadoras de ileostomías o colostomías ascendentes o transversas debido a la densidad de sus heces y a la cantidad de deposiciones que hacen al día. Las características de las ostomías previamente mencionadas no dan lugar a que el estoma quede inactivo. Esta técnica solo podrá llevarse a cabo en pacientes portadores de colostomía descendente y sigmoidea con estomas de una sola boca. Además, es necesario que estos estomas se hallen en buen estado, sin edemas ni otras complicaciones y en un lugar visible para el portador del mismo. A su vez, se necesita que la persona se encuentre en buen estado físico y mental, y tenga un patrón intestinal adecuadamente normalizado. Las personas colostomizadas desde hace tiempo, igualmente pueden ser valoradas para llevar a cabo esta técnica de continencia.⁽³²⁾

Se podrá comenzar a realizar esta técnica a los diez días de la IQ, siendo necesario que se aprueba por el cirujano.⁽³²⁾

La irrigación requiere aprendizaje por parte del paciente. El resultado del proceso de asimilación de la técnica compensa los estragos que se han podido presentar durante el aprendizaje de la técnica.⁽³²⁾

Se deberá suspender la realización de la técnica siempre que se presenten problemas en el estoma, como pueden ser prolapsos o edemas y siempre que aparezca diarrea o se reciban tratamientos de quimioterapia o radioterapia.⁽³²⁾

- Tapón obturador: Consiste en un dispositivo equivalente a un tapón, el cual es introducido en el estoma, impidiendo la salida y fuga de contenido fecal, permitiendo la continencia de la colostomía durante un tiempo. La parte metida en el estoma contiene lubricante para facilitar la introducción. A los pocos segundos, el lubricante hidrosoluble es absorbido y se produce la expansión del obturador, quedando a modo de tapón. El obturador es permeable a gases pero no deja salir olores ni ruidos debido al filtro que posee.⁽³³⁾

3.2 LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA

3.2.1 Papel de la enfermera estomaterapeuta en la educación sanitaria al paciente ostomizado:

La EE, es aquella enfermera especializada en ostomías. Proporcionan atención, consejo y asesoramiento sobre las ostomías. Será la encargada de ayudar al paciente a comprender su diagnóstico y de educar a este en el manejo de su ostomía, teniendo como objetivo lograr la máxima autonomía del paciente en su nueva situación, consiguiendo que el hecho de ser portador de una ostomía, no interfiera en su calidad de vida.⁽³⁴⁾ La EE ayudará a que la persona se adapte correctamente a su nueva vida, asumiendo los nuevos cambios.

También proporcionará cuidados al paciente desde que él decide realizarse la IQ, en el preoperatorio y durante el postoperatorio. Le ayudará a resolver sus dudas y mejorará su calidad de vida. Ciertamente es que los programas de educación sanitaria no carecen de información, pero sí del aspecto más emocional del paciente. La EE ha de ser capaz de ayudar al paciente en el aspecto más emocional del cuidado, el afrontamiento, que normalmente es olvidado, siendo muy importante.⁽³⁵⁾

Además, la EE deberá ser consciente de la edad, el estado físico y psicológico, el entorno, el tipo de intervención que se va a llevar a cabo y el nivel de miedo del paciente para así enfocar de una manera u otra la educación a la persona que será ostomizada. Se darán cuidados individualizados, integrales y de calidad.

Una vez reestablecida la autonomía del paciente, percibe mejor el estoma, adoptando una actitud positiva ante él. Es muy importante el afrontamiento positivo. Dejará atrás la idea de que el estoma limita su vida y pasará a anticiparse a los problemas y saber buscar soluciones a estos.⁽²¹⁾

Se ha de señalar que en España no existe unificación de protocolos de atención al paciente ostomizado, existiendo diferencias de una comunidad autónoma a otra. Aun así, los pacientes refieren la atención recibida de la EE como excelente e incluso el 92% de ellos opina que los dispositivos de recolección y el material para el cuidado de la ostomía, deberían ser recetados por la misma.⁽¹⁹⁾

Cuidados de la EE al paciente ostomizado:

- Marcaje de la ostomía: Con el objetivo de reducir la incidencia de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente, se deberá realizar una correcta elección del lugar en el que se va a colocar el estoma.

El sitio elegido debe ser un lugar sin cicatrices, prominencias óseas, pliegues cutáneos, ni lesiones. Se evitará también la depresión umbilical, la flexura de la ingle y la zona media del pubis. Además, la piel ha de estar sana.

Se procurará colocarla en un lugar discreto, que afecte lo mínimo posible a la imagen corporal del paciente. A su vez, se ha de tener en consideración la movilidad del paciente, el estilo de vida y las actividades que éste realiza.⁽²¹⁾

El lugar ideal será cerca del punto medio de la línea imaginaria que une el ombligo con la cresta iliaca superior. Una vez decidido el lugar, se marcará con un rotulador y se moverá al paciente para observar la posición del punto en decúbito supino, fowler y de pie. Es importante a su vez conocer la causa de la IQ ya que en ocasiones, cuando se trata de CC, es normal que en el postoperatorio el paciente experimente pérdida de peso corporal, viéndose alterada la superficie abdominal.⁽³²⁾

La decisión de la ubicación se tomará conjuntamente entre el paciente y los profesionales sanitarios especializados.⁽²¹⁾

Cabe señalar que en el 20% de las IQ programadas y en el 80% de las IQ urgentes, no se ha realizado el marcaje del estoma.⁽¹⁹⁾

- Importancia del autocuidado: La educación sanitaria al paciente ostomizado tras la IQ se recomienda retomar a los 4 o 5 días de postoperatorio. Se reforzará la información que le fue explicada en el preoperatorio. Es preferible que la familia también forme parte del proceso de aprendizaje en la medida de lo posible. Se tendrá como objetivo lograr la máxima autonomía posible del paciente, la aceptación de su estoma y el apoyo de la familia en el proceso.⁽³²⁾

Es importante que el paciente pueda verse el estoma a la hora de realizarse los cuidados para así ser capaz de hacerlos adecuadamente y conocer cómo es la colostomía.⁽³²⁾

Se educará al paciente en la técnica idónea para la retirada del dispositivo de recolección. De arriba abajo y sujetando con la otra mano la piel periestomal, para evitar que se estire en exceso. Será necesario que realice el cambio o vacíe la bolsa de recolección varias veces en el día, siempre que la tercera parte de esta se encuentre llena. Se puede vaciar o bien en el inodoro o en la basura si se cambia de bolsa.⁽³²⁾

También en la correcta limpieza del estoma. La ha de realizar siempre que cambie de dispositivo, con una esponja suave, agua tibia y jabón de pH neutro, para dañar lo mínimo posible la mucosa del estoma. El secado del mismo ha de ser suave, a golpecitos y sin frotar, con gasas o papeles que no liberen fibras.⁽²¹⁾ Siempre que se

realice el cambio, se ha de observar la piel periestomal, buscando presencia de irritación o cualquier otra complicación.⁽³²⁾

Antes de colocar el nuevo dispositivo se ha de medir correctamente el diámetro del estoma. Por lo general, una vez el edema del estoma ha desaparecido, la enfermera realiza la medición del diámetro del mismo y le deja la plantilla al paciente, para que a partir de esta recorte el mismo diámetro en los futuros discos de adhesión. Un correcto ajuste del disco al estoma previene, entre otras complicaciones, fugas o irritaciones cutáneas.⁽³²⁾

Las primeras curas y cambios de dispositivo que se realicen durante la estancia hospitalaria, las realizará enfermería, explicándole todo al paciente y a la familia, haciéndoles partícipes del proceso. Progresivamente, en la medida de lo posible, se irá dejando más y más autonomía al paciente para que lo realice él adecuadamente, y que siempre que tenga alguna duda, al estar todavía en el hospital, pueda consultar al personal de enfermería.

- Consideraciones dietéticas: No es necesario que la persona ostomizada siga un régimen estricto si antes de la IQ no lo seguía. Ciertamente, que todo aquel paciente con otras enfermedades deberá seguir las restricciones que dicha enfermedad le genera.⁽³²⁾

Se recomienda comer a horas regulares, cinco comidas al día, masticar adecuadamente los alimentos y seguir una dieta adecuada. La ingesta hídrica ha de ser de 1'5 o 2 litros.⁽³²⁾

Se ha de tener especial precaución en el caso de incorporar derivados lácteos a la dieta. Se ha de hacer con cuidado y siempre que las deposiciones sean compactas. Si se presenta diarrea tras la ingesta de lácteos, se eliminarán de la dieta.⁽³²⁾

Otros alimentos con los que hay que tener especial precaución a la hora de ingerirlos son por ejemplo, las legumbres, chocolate o repollo ya que generan gases; apio, frutos secos o lechuga puesto que no se llegan a digerir completamente; espárragos, cebolla o ajo debido a que producen olor; y alcohol, bebidas con cafeínas o comidas picantes porque pueden diluir las heces.⁽²¹⁾

- Apoyo emocional: Tanto en el afrontamiento como en la adaptación del paciente a la colostomía, la familia juega un papel fundamental. Han de ser capaces de sentir el apoyo por parte de la familia, la cual, será de vital importancia para su salud, su bienestar y para los aspectos emocionales del proceso. El haber incluido a la familia en la educación sanitaria relajará al paciente ya que sentirá que ellos también son parte de la nueva vida, pudiendo contar con su ayuda siempre que sea necesaria.⁽²¹⁾

La EE debe ser capaz de explicar al paciente estrategias de afrontamiento para saber llevar mejor los cambios físicos que su cuerpo ha experimentado. Se buscará a su vez, que a través de recursos que se le enseñen pueda retomar su vida social y su vida diaria, y si es posible, la reincorporación a su puesto de trabajo. Se animará

al paciente a volver a realizar todas aquellas actividades que antes de la IQ le resultaban placenteras, como pasear o ir al cine.⁽²¹⁾

La imagen corporal alterada es algo que afecta gravemente a la salud mental del paciente. Este cambio de imagen es vivido como un duelo. Experimentan tanto ansiedad como depresión, no queriendo aceptar el estoma, mostrando agresividad. Por lo general, los hombres son más reacios a esta nueva característica de su vida, dejando el cuidado del estoma a su mujer, hija o cuidadora; a diferencia de las mujeres, las cuales suelen mostrar más predisposición a aprender acerca del nuevo funcionamiento de su cuerpo.⁽³⁶⁾

La EE y su entorno, le animarán a superar todos estos temores, a aceptar su nuevo cuerpo para que su reintegración en la sociedad de nuevo y la aceptación del estoma no se demoren en el tiempo. Se favorecerá el diálogo fluido entre el ostomizado y la familia, fomentando la unión familiar. El hecho de que tanto la familia como los amigos del ostomizado muestren su apoyo, es muy importante, ya que el paciente puede llegar a tener cierto miedo de rechazo social por esta nueva característica.⁽³⁶⁾

Conocer a otras personas ostomizadas, los grupos de apoyo o las asociaciones potencian la sensación de seguridad, respeto y comprensión en los pacientes.⁽²¹⁾ Las asociaciones de pacientes ostomizados ayudan a llevar mejor y saber vivir con un estoma. En España hay 33 asociaciones de pacientes ostomizados, pero solo el 22% de los pacientes ostomizados pertenecen a alguna de ellas.⁽¹⁹⁾

- **Sexualidad:** La sexualidad es una necesidad básica de las personas. Son seres sexuales. Siendo de vital importancia para la vida de las personas.⁽³⁷⁾ Numerosos estudios en los que se ha observado la sexualidad en los pacientes ostomizados aseguran que la ostomía genera trastornos sexuales.⁽³⁶⁾ Un estudio llevado a cabo por Nugent señala que de 391 pacientes ostomizados, el 40% de ellos padece problemas en el ámbito sexual de su vida.⁽³⁷⁾ Esto es debido a que la ostomía afecta a la percepción que la propia persona tiene de sí misma, decayendo su autoestima, confianza y seguridad. Todo esto se verá reflejado en la disminución del deseo sexual y en disfunciones sexuales.⁽³⁶⁾ La falta de libido puede durar semanas o incluso meses debido al estrés tras el diagnóstico de la enfermedad. A medida que la persona vaya potenciando su autoconfianza, seguridad y aceptación de la ostomía, su vida sexual también mejorará. Los pacientes temen que exista rechazo por parte de su pareja debido a la colostomía.⁽³⁷⁾ Tener una pareja estable o el matrimonio influyen positivamente en la aceptación del estoma.⁽³⁶⁾

La colostomía por sí misma, no impide mantener relaciones sexuales ni en los hombres ni en las mujeres. Si que es cierto, que en el caso de resecciones anteriores bajas y amputaciones abdominoperineales existe un mayor número de personas con disfunción sexual. El 60% de ellas son incapaces de eyacular y el 17% sufre impotencia eréctil. Esto se debe a la relación que tiene el recto con los nervios encargados de la función sexual. Entre el 50 y 100% de los hombres sometidos a amputación abdominoperineal experimentan disfunción sexual, mientras que las

mujeres experimentan dispareunia, es decir, dolor y molestia durante las relaciones sexuales.⁽³⁷⁾

Los pacientes con colostomías en el colon ascendente o transversal sufren mayormente problemas psicológicos en lugar de orgánicos a la hora de las relaciones sexuales. Para ello, la EE les recomendará realizar la técnica de irrigación a todas aquellas personas que cumplan los criterios para realizarla y estén educadas, se les recomendará vaciar los dispositivos antes del comienzo de las relaciones para evitar olores y molestias por el peso de la bolsa y se les recomendará la utilización de bolsas opacas y cinturones adecuados que sujeten correctamente el dispositivo a la piel.⁽³⁷⁾

- **Embarazo:** Este tema preocupa en gran medida a las personas que han sido sometidas a una ostomía en edad reproductiva. La ostomía no supone ningún inconveniente para quedarse embarazada. Tampoco incapacita a los hombres para poder fecundar.

A la mujer con deseos de quedarse embarazada se le recomienda esperar mínimo dos años tras la IQ. Hay que tener en cuenta que, a lo largo del embarazo, el diámetro del estoma se verá modificado por el crecimiento del abdomen. A lo largo de este periodo, será necesario ir cambiando de bolsa y de disco siempre que la nueva forma del estoma lo demande. Una vez se produce el alumbramiento, el estoma recupera su tamaño anterior.⁽³⁷⁾

3.2.2 La enfermera estomaterapeuta en La Rioja:

En el año 2017 fueron registrados el ratio, número de pacientes y número de consultas de estomaterapia que había en cada una de las comunidades autónomas (CCAA) de España.⁽¹⁹⁾

En La Rioja, territorio que en el año 2017 contaba con 312.368 habitantes según el INE, solamente existía una consulta de enfermería estomaterapeuta. Atendía a 470 pacientes, siendo uno de los ratios (paciente por consulta) más elevados del país. Las CCAA con peor ratio que La Rioja eran: Islas Canarias, la cual contaba con cinco consultas de estomaterapia, Islas Baleares, con tres consultas de estomaterapia, Aragón, donde había cuatro consultas de estomaterapia y Navarra, la cual disponía de dos consultas de estomaterapia. Cataluña era la mejor posicionada, con 47 consultas disponibles, donde atendía a 238 pacientes en cada una de ellas.⁽¹⁹⁾

En el año 2020, la comunidad autónoma de La Rioja cuenta con una única consulta de estomaterapia, situada en el Hospital San Pedro de Logroño.

A diferencia de otras CCAA como Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Euskadi, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, Madrid, Murcia y Navarra, las cuales, cuentan con consultas especializadas en estomaterapia donde se pueden encontrar EE. En estas CCAA se exige como requisito para formar parte de la consulta de estomaterapia la titulación de EE.⁽³⁸⁾ Además, así los pacientes sometidos a intervenciones que impliquen la creación de ostomías podrán ser y sentirse atendidos por personal cualificado, preparado especialmente para ello, teniendo una EE de referencia dentro del hospital.

El 6 de octubre es el día mundial del paciente ostomizado. Este acontecimiento ha sido impulsado por las asociaciones de pacientes y sociedades científicas, quienes son de gran importancia en la vida de ellos.

En La Rioja no existe como tal una asociación de pacientes ostomizados, como las que se recomiendan en las consultas de estomaterapia. En esta comunidad los pacientes ostomizados acuden a ACCU, la cual es la Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa. Se encuentra localizada en Casa de las Asociaciones Parque de San Antonio, s/n de Logroño. Su horario de atención se limita a los martes de 18 a 20 horas de la tarde y su página web es <http://www.accurioja.es/index.html>.

Sería importante disponer de una asociación especializada en ostomías en la comunidad de La Rioja debido al alto número de pacientes con enfermedades digestivas que esta comunidad posee. Como se puede ver en apartados anteriores, en el año 2018, 474 personas padecían CCR en La Rioja, de las que probablemente la mayoría fuera portadora de colostomía tras la IQ. La asociación ha de contar con profesionales cualificados que puedan ayudar y dar apoyo a las personas que formen parte de ella.

Como se ha podido observar en apartados anteriores, el Libro Blanco de la Ostomía declara que el marcaje del estoma no es realizado en ocho de cada diez IQ urgentes ni en dos de cada diez IQ programadas.⁽¹⁹⁾

En las CCAA que disponen de menos consultas especializadas en ostomías, como es el caso de La Rioja, el número de pacientes a los cuales no se les marca el lugar idóneo de la ostomía es todavía mayor.⁽³⁹⁾ Este hecho tendrá futuras consecuencias como complicaciones en el postoperatorio, incluso siendo, en algunos casos, necesario reintervenir. Esto implica un mayor gasto económico que el que la propia IQ con un correcto marcaje del estoma supondría.

Las ostomías podrán ser marcadas con mayor frecuencia en las IQ de urgencia y programadas siempre y cuando exista un mayor número de EE y cada comunidad disponga de las consultas de estomaterapia que realmente son necesarias.⁽¹⁹⁾

3.3 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE COLON

3.3.1 Tratamiento del cáncer de colon:

Tras demostrarse que los métodos de cribado y detección precoz del CC son la forma más importante de reducir la mortalidad a causa de este tumor, el papel de la enfermera ha pasado a un primer plano en la prevención de esta enfermedad. Además, promover un estilo de vida saludable entre la población por parte de la enfermera ya sea de atención especializada, pero sobre todo de atención primaria, reduce la incidencia del CC en la sociedad.⁽²⁾

Una vez el diagnóstico de CC ha sido confirmado, se encuentran disponibles varias líneas de elección de tratamiento.

La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ha desarrollado guías prácticas para el manejo de adenomas avanzados y de CC. La cirugía es la primera línea de

actuación para el tratamiento del CC. Tiene como objetivo la eliminación del tumor del colon, de la cadena ganglionar y de las posibles lesiones existentes en órganos vecinos.⁽²⁾

La segunda línea de actuación consiste en el tratamiento de quimioterapia. Se explicará el tratamiento, debido al importante papel activo que la enfermera tiene en el mismo. Sin embargo, el tratamiento de radioterapia es utilizado exclusivamente en el tratamiento de cáncer de recto como tratamiento neoadyuvante o preoperatorio antes de la cirugía.

La utilización de la quimioterapia suele combinarse con cirugía y radioterapia, siendo preferible un abordaje multidisciplinar de la enfermedad. La quimioterapia tiene como finalidad destruir las células tumorales.⁽⁴⁰⁾

El uso de quimioterapia puede estar indicado:⁽⁴¹⁾

- como tratamiento adyuvante, complementario a la cirugía.⁽⁴¹⁾
- teniendo como objetivo reducir el tamaño del tumor y el número de metástasis que permitan valorar la resección quirúrgica de estas.⁽⁴¹⁾
- para controlar el crecimiento de la masa tumoral y aliviar los síntomas producidos por esta enfermedad.⁽⁴¹⁾

Es preciso señalar las diferencias entre el tratamiento de quimioterapia adyuvante, el tratamiento de quimioterapia neoadyuvante, el tratamiento de quimioterapia concomitante y el tratamiento de quimioterapia paliativa:

El tratamiento quimioterápico adyuvante es todo aquel tratamiento administrado normalmente después del tratamiento principal, véase, la cirugía. Tiene como objetivo disminuir la incidencia de diseminación a distancia de la enfermedad. Hoy en día, este tratamiento se considera de elección para aquellos CC en estadios precoces.⁽⁴⁰⁾ La finalidad del tratamiento es curativa, intenta eliminar las micrometástasis que hipotéticamente pudieran haber quedado tras la cirugía.

El tratamiento quimioterápico neoadyuvante consiste en iniciar la quimioterapia antes que cualquier otro tipo de tratamiento, a fin de evaluar la efectividad in vivo de la misma. Tiene como fin disminuir el estadio tumoral a fin de mejorar el pronóstico de la cirugía y de la radioterapia.⁽⁴⁰⁾ La finalidad del tratamiento es curativa.

El tratamiento de quimioterapia concomitante, también conocido como quimiorradioterapia, procura lograr una mayor eficacia combinando ambos tratamientos, a su vez, el riesgo de toxicidad se eleva. Pretende incrementar el efecto local de la radioterapia y actuar de forma sistémica con la quimioterapia.⁽⁴⁰⁾ La finalidad del tratamiento es curativa.

El tratamiento de quimioterapia paliativa es utilizado en aquellos pacientes a los que no se les va a poder realizar la IQ a consecuencia de la gravedad de las metástasis creadas por el tumor primario.⁽⁴⁰⁾ Tendrá como objetivos aumentar la calidad de vida del paciente, alivio sintomático de la enfermedad, prolongar la supervivencia de los pacientes e incrementar el intervalo libre de progresión de la enfermedad.⁽⁴²⁾ La finalidad del tratamiento es paliativa.

Los principales fármacos citostáticos utilizados en España con actividad significativa sobre el CC son las fluoropirimidinas (5-Fluorouracilo (5FU), Capecitabina, UFT y Utefos), el oxaliplatino, el irinotecan, el raltitrexed, el cetuximab (todos aquellos fármacos finalizados en -mab son anticuerpos monoclonales), el panitumumab, el bevacizumab, el aflibercept y recientemente el regorafenib. Asimismo, otros fármacos han demostrado en ensayos clínicos su acción, como ocurre con el ramucirumab y el TAS-102.⁽⁴¹⁾

Estos fármacos pueden ser combinados entre sí, dando lugar a esquemas de quimioterapia cuya eficacia y tolerancia varían según sus componentes.⁽⁴¹⁾

La primera línea de tratamiento utilizada en el Hospital San Pedro de Logroño para el CC es FOLFOX (combinación de 5FU y oxaliplatino) o FOLFIRI (combinación de 5FU e irinotecan). Se ha de tener en cuenta que la mejor estrategia de tratamiento dependerá de las características individuales de cada paciente y del objetivo que se pretende conseguir.⁽⁴³⁾

La segunda línea de tratamiento será a base de la combinación de FOLFIRI en aquellos pacientes refractarios al tratamiento con FOLFOX y a base de la combinación de FOLFOX en aquellos pacientes refractarios al tratamiento con FOLFIRI. A su vez, añadir bevacizumab a la quimioterapia, ya sea de segunda línea como de primera, aumenta la supervivencia del paciente.⁽⁴³⁾

Como terapia de mantenimiento suele ser utilizada la combinación de 5FU con Capecitabina (CAPOX) a la cual se le asocian anticuerpos monoclonales, tales como cetuximab, panitumumab o bevacizumab.⁽⁴³⁾

La tercera línea de tratamiento consiste en la administración de los fármacos citostáticos con propiedades antiangiogénicas TAS-102 y regorafenib, los cuales han demostrado en diversos estudios prolongar la supervivencia del paciente menos pretratado. Dichos fármacos son utilizados en pacientes con CC metastásico tratado previamente con citostáticos como oxaliplatino o irinotecan.⁽⁴³⁾

La administración de los fármacos quimioterápicos intravenosos, subcutáneos e intramusculares será llevada a cabo por la enfermera tras ser pautado por los médicos de oncología. Esta administración, por lo general, si el estado del paciente lo permite, tendrá lugar en el Hospital de día de Oncología y Hematología. En su defecto, será administrada en la planta de Oncología.

El Hospital de día de Oncología y Hematología del Hospital San Pedro de Logroño cuyo horario es de lunes a jueves de 8:00 a 21:00 horas y los viernes de 8:00 a 15:00 horas, se encuentra en la planta 0 del edificio de consultas externas. Ofrece un servicio ambulatorio, sin precisar el ingreso de los pacientes. El servicio está compuesto por seis enfermeras de las cuales cuatro trabajan en el turno de mañana y dos en el turno de tarde. Tiene capacidad para atender a 26 pacientes, dispuestos en 18 boxes.

El servicio recibe los fármacos directamente de la Farmacia Hospitalaria, donde las medicaciones pautadas por los médicos han sido elaboradas. Es de vital importancia la comprobación, por parte de enfermería, de que es el medicamento correcto, en dosis

correcta para el paciente correcto. Si todo esto está adecuadamente comprobado, la enfermera valida el tratamiento. Previa administración del tratamiento al paciente es preciso realizar una validación posterior, mediante una Tablet que lee el código de la pulsera que porta el paciente y del código que posee la quimioterapia. Si todo es correcto, el programa informático Oncofarm da su validación y la enfermera procede a la administración del tratamiento. Además, siempre que un paciente inicie un tratamiento de quimioterapia por primera vez, o siempre que tenga dudas, la enfermera será la encargada de reforzar la información que previamente el médico les ha explicado acerca del tratamiento, realizando sobre todo educación sanitaria al paciente y en el caso de que haya, a su acompañante, para que ambos formen parte del proceso en todo momento y conozcan los efectos adversos que puede presentar la medicación que va a serle administrada. A su vez, se le darán al paciente consejos sobre la nueva etapa y se le ofrecerá ayuda psicológica y trípticos de las asociaciones para que, si lo considera necesario, reciba esa ayuda externa.

Cada paciente es distinto, siendo diferente el método de afrontamiento y el enfoque que le dan a la quimioterapia. Tener una enfermera a su lado que sea capaz de transmitir calma, resuelva sus dudas y, sobre todo, le de fuerzas para seguir luchando, será de vital importancia en el tratamiento. El estado psicológico del paciente que recibe quimioterapia es fundamental para poder luchar día tras día contra la enfermedad.

Patrycia Resilworth, paciente del Hospital de día de Oncología y Hematología de Logroño, decidió que la mejor forma de llevar la enfermedad y poder ayudar a la gente, era escribir el libro “Enfréntate al cáncer con amor” en el que cuenta su, desafortunadamente, larga experiencia con el cáncer, para que así, quien quiera, pueda tener a su disposición la perspectiva y consejos de otra persona, los cuales pueden ser de gran ayuda. Su libro tiene como objetivo ayudar a la gente a asimilar y a aceptar el cáncer.

3.3.2 Manejo de las vías centrales en el paciente oncológico:

La vía central en el paciente oncológico será recomendada en aquellas personas a las que se les va administrar el tratamiento de quimioterapia durante un tiempo prolongado, precisan de infusión continua de quimioterapia durante 24 horas o más a través de un infusor, van a recibir medicamentos vesicantes que en el caso de extravasación en vías periféricas pueden lesionar gravemente los tejidos, suponiendo un estrés añadido a las venas o en aquellas personas que, también, cuenten con accesos venosos periféricos difíciles y de mala calidad.⁽⁴⁴⁾ Además de facilitar la administración de quimioterapia (ningún citostático debería ser administrado por vía periférica⁽⁴⁵⁾) y de tratamientos de soporte para el paciente como por ejemplo, las transfusiones sanguíneas o la nutrición parenteral; también permiten la obtención de las frecuentes muestras sanguíneas requeridas.⁽⁴⁶⁾

El catéter venoso central (CVC) es introducido a través de venas superficiales o profundas las cuales desembocan en la vena cava, depositándose a esta altura el final del catéter, permitiendo un acceso seguro y duradero.⁽⁴⁷⁾

Dos de los CVC más recomendados entre los pacientes que requieren tratamientos de larga duración, son los reservorios subcutáneos venosos, también llamados Port-a-Cath® (CPAC) y los Catéteres Centrales de Inserción Periférica (PICC).⁽⁴⁸⁾

El CPAC es un dispositivo metálico de pequeño tamaño el cual posee una cámara cuya superficie es de silicona, siendo el lugar donde se pincha para la correcta utilización de este. Esta cámara se encuentra unida a un catéter.⁽⁴⁹⁾

Por lo general, es insertado en la vena cava a través de la vena subclavia siguiendo la técnica de Seldinger y posteriormente es suturado en un bolsillo subcutáneo creado por el cirujano, quedando en su totalidad bajo la piel del paciente. Normalmente esta técnica quirúrgica es realizada en el tórax.⁽⁴⁸⁾ También se puede encontrar reservorios colocados en el brazo o en la zona inguinal.⁽⁴⁹⁾ En el caso del CPAC es necesario conocer que no está permitida la administración de medicamentos de contraste debido a que puede dañar la integridad y funcionalidad de este.⁽⁴⁹⁾

La enfermera es la encargada de realizar al reservorio los cuidados adecuados para que funcione correctamente, siendo la responsable de mantenerlo adecuadamente, procurando asegurar su permeabilidad (extracción sanguínea e infusión de la medicación) así como de canalizarlo adecuadamente y sellarlo con heparina.⁽⁴⁹⁾

La enfermera es la responsable de canalizar el reservorio, pinchando sobre la membrana de silicona previamente nombrada con una aguja tipo Gripper. Precisa conocimiento adecuado para la realización de esta técnica, de tipo estéril.⁽⁴⁹⁾

Cada vez que el reservorio sea utilizado y se finalice la administración de la medicación, la enfermera ha de limpiar el CPAP mediante suero fisiológico y sellarlo con heparina, generalmente Fibrilin® (heparina sódica 20 UI/ml).⁽⁴⁹⁾

Además, se debe recordar al paciente que, a pesar de tener un periodo de tiempo en el que el reservorio no se utiliza, debe ser realizada una limpieza y posterior sellado del mismo. Se recomienda realizar esta técnica cada seis u ocho semanas. Esto ayudará al adecuado funcionamiento del dispositivo, así como alargará su vida y evitará la aparición de complicaciones.⁽⁴⁹⁾

Esta técnica de limpieza y sellado puede ser realizada también de forma ambulatoria, en los centros de salud de Atención Primaria.

Para una correcta comunicación entre la enfermera y el portador de CPAC, se le recomendará que lleve consigo la libreta en la que las enfermeras apuntan el seguimiento del CPAP, anotando posibles incidencias y las fechas para futuras limpiezas y sellados.⁽⁴⁹⁾

El PICC, es colocado en la vena cava superior mediante una técnica enfermera que garantice condiciones de máxima esterilidad y asegure la permeabilidad del catéter. Además de la administración de los distintos tipos de tratamiento, también permite realizar extracciones de sangre sin necesidad de aguja, aportando bienestar al paciente y garantizando que aquellas personas con malos accesos periféricos venosos no sufran con las constantes punciones venosas, aumentando su comodidad y calidad de vida.⁽⁵⁰⁾

Es recomendado siempre que la duración de la terapia endovenosa vaya a superar los seis días.⁽⁴⁵⁾ Actualmente, están preparados para funcionar correctamente durante 12 meses, pero dependerá del material del catéter.⁽⁵⁰⁾

Es colocado por una enfermera adecuadamente instruida en la realización de esta técnica. Puede ser colocado también con una técnica guiada por ultrasonidos, siempre y cuando haya recursos disponibles y el personal de enfermería esté plenamente entrenado para ello. El hecho de utilizar ultrasonidos para la canalización del PICC reduce el número de intentos de canalización y las complicaciones mecánicas. Además, la técnica de colocación del CVC ha de ser realizada por el personal de enfermería que demuestre la habilidad y competencias adecuadas para su correcta colocación.⁽⁴⁵⁾

Los cuidados de enfermería han de tener como objetivo el total y adecuado funcionamiento del catéter, así como el correcto mantenimiento del punto de inserción.⁽⁵⁰⁾

Estos cuidados consistirán en evaluar frecuentemente el punto de inserción del catéter, independientemente de que el apósito deba ser cambiado o no, emplear sujeción del catéter sin suturas a fin de reducir el riesgo de infección del mismo, realizar correctas técnicas de lavado y sellado del catéter con el objetivo de asegurar su permeabilidad, educar al paciente en el correcto manejo de la vía, indicándole que hacer en caso de referir complicaciones y educándole para una correcta realización de actividades cotidianas, como darse una ducha. Además, la enfermera ha de ser capaz de resolver dudas que presente el paciente para así reducir también su nivel de ansiedad, miedo y preocupación, fomentando la comunicación entre la persona atendida y el profesional.⁽⁴⁵⁾

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer la epidemiología y situación del cáncer de colon en La Rioja y en España.
2. Destacar la importancia del papel de la enfermera en la intervención al paciente ostomizado con cáncer de colon en La Rioja.
3. Reflexionar acerca de la importancia del autocuidado en el paciente ostomizado.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la necesidad de la figura de la enfermera estomaterapeuta en La Rioja en relación a la calidad de vida del paciente ostomizado.
2. Conocer cuáles son los cuidados enfermeros requeridos por el paciente oncológico.
3. Conocer las estrategias de promoción y prevención del cáncer de colon en La Rioja.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevará a cabo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal, para describir el papel de la enfermera en los pacientes ostomizados con CC en La Rioja, concretamente en el Hospital San Pedro de Logroño, entre los meses de enero a diciembre del año 2022.

Será un estudio prospectivo debido a que el inicio de este tendrá lugar cuando ingrese en dichas unidades un paciente portador de ostomía a consecuencia del CC, comenzando en ese momento la recogida de datos.

Se tendrá como objetivo determinar el grado de conocimiento y la calidad de la educación sanitaria que lleva a cabo el personal de enfermería de las plantas de cirugía general (2ºB y 2ºC) de dicho hospital, sobre el manejo de las ostomías a lo largo del año del estudio.

Los resultados del estudio ayudarán a la autoevaluación, mejorar la intervención y ser consciente del grado de conocimiento que se tiene acerca del tema, para que, en caso de ser necesario, se mejoren, así como a evaluar como los profesionales sanitarios de estos servicios perciben la educación sanitaria que realizan a los pacientes ostomizados.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio tendrá lugar en las plantas de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja. Dichas plantas se encuentran ubicadas en las unidades 2ºB y 2ºC del hospital.

La población a estudio está formada por el personal de enfermería que trabaje, durante la realización del estudio, en las unidades previamente nombradas.

La muestra del estudio serán las enfermeras y enfermeros que trabajen en las plantas de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño que cumplan los criterios de inclusión mostrados a continuación.

La fórmula que será aplicada será la siguiente, donde “n” será el número de enfermeras que trabajan en el servicio de cirugía general del Hospital San Pedro durante la realización del estudio, “N” serán todas las enfermeras que trabajan en dicho hospital, “Z” será la desviación del valor medio que será aceptada para lograr el nivel de confianza que se desea en el estudio (95% → Z=1.96) y por último, “e” siendo el margen de error máximo admitido para el estudio.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

5.3 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo será de tipo no probabilístico por conveniencia del investigador y por la posibilidad de acceso a la muestra. Todos aquellos profesionales de enfermería que cumplan los criterios de inclusión y exclusión posteriormente nombrados serán sujetos de estudio.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Enfermeras/os que trabajen en las plantas de cirugía general (2ºB y 2ºC) del Hospital San Pedro.
- Enfermeras/os que lleven mínimo un mes trabajado en estas unidades.
- Enfermeras/os que acepten voluntariamente las condiciones del estudio.
- Enfermeras/os que firmen el consentimiento informado para la realización del estudio.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Enfermeras/os que no trabajen en las plantas de cirugía general (2ºB y 2ºC) del Hospital San Pedro.
- Enfermeras/os que lleven menos de un mes trabajando en la unidad.
- Enfermeras/os que trabajen en el servicio, pero durante la realización del estudio estén de baja laboral o excedencia.
- Enfermeras/os que no comprendan o compartan la finalidad del estudio.
- Enfermeras/os que revoquen el consentimiento informado.

5.5 ANÁLISIS DE DATOS

Todos aquellos datos que han sido obtenidos durante la realización del estudio serán analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. Una vez se hayan recogido los datos adecuadamente, serán procesados, analizados y codificados. Para ello, se necesitará la utilización de un programa informático de estadística.

Con todo esto, se podrá describir correctamente los resultados obtenidos en el proyecto de investigación que se ha llevado a cabo. Pudiendo conocer la situación actual en la que se encuentra el servicio que ha sido objeto del estudio.

5.6 RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y FINANCIACIÓN

5.6.1 Recursos materiales:

Para la realización del estudio será necesario contar con recursos técnicos y materiales.

Se necesitará disponer de un ordenador para introducir los datos y analizarlos, así como de dos memorias USB de 32 gigabytes donde se almacene toda la

información obtenida. Además, se precisará una impresora a fin de poder imprimir las encuestas que serán realizadas al personal de enfermería de los controles de cirugía, 2ºB y 2ºC.

Asimismo, será necesario contar con material de oficina (fungible), tal como bolígrafos, grapadoras, grapas, folios y folletos que faciliten la comprensión de la finalidad del estudio.

5.6.2 Recursos humanos:

Para llevar a cabo el estudio, además del investigador principal, se contará con la colaboración del personal sanitario que trabaje en las plantas de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño.

5.6.3 Financiación:

RECURSOS	ELEMENTO	CANTIDAD	COSTE	COSTE TOTAL
Recursos materiales	Material informático: Memoria USB de 32 gigabytes	2	12 €	975 €
	Material informático: ordenador portátil	1	400 €	
	Material informático: impresora	1	60 €	
	Material fungible: recambio cartucho de tinta negra	10	150 €	
	Material fungible: bolígrafos	200	25 €	
	Material fungible: folios y sobres	2500	26 €	
	Material fungible: grapadora	2	12 €	
	Material fungible: pack de grapas	2	20 €	
	Fotocopias del consentimiento informado	500	20 €	
	Folletos a cerca del estudio	1000	250 €	
Recursos humanos	Personal sanitario	x	0 €	0 €
Publicaciones y congresos	Publicaciones y congresos	x	1000 €	1000 €
Imprevistos	Imprevistos	x	115 €	115 €
				2090 €

Tabla 5: Tabla de financiación del estudio.

5.7 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para determinación del grado de conocimiento y la calidad de la educación sanitaria en el manejo de las ostomías de las enfermeras, se utilizará en el estudio la escala Nurses' Knowledge of Ostomies (NKO), de elaboración propia. (Acceso en el Anexo I) Al ser una encuesta elaborada específicamente para este estudio, es necesario que sea validada previamente a su utilización. Una vez se tengan los permisos requeridos y la encuesta sea validada, se podrá pasar la encuesta a las enfermeras participantes en el estudio.

Este instrumento muestra la percepción que tiene cada enfermera acerca de su grado de conocimientos sobre ostomías y sobre la calidad de la educación sanitaria que ellas realizan a los pacientes, queriendo producir en los sujetos participantes la recapacitación y autovaloración a nivel personal de sus propios conocimientos, para que así, quienes lo consideren y en función de los resultados, se considere necesario que estos conocimientos mencionados anteriormente se vean incrementados. También, con los resultados del estudio, se tendrá una visión global sobre este tema, de la preparación de las enfermeras de las unidades de cirugía general del Hospital San Pedro, dando lugar a que, en caso de que se considere necesario, el Hospital promueva entre sus profesionales cursos de formación o fomenta el aumento de conocimientos sobre este tema para así poder brindar una mejor atención y de calidad, así como a potenciar la figura de la EE, esencial para el cuidado del paciente ostomizado.

Es una encuesta sencilla de contestar, con respuestas breves, entre las cuales tendrán que rodear la que mejor consideren personalmente, pudiendo realizar la encuesta ellas de forma autónoma sin ayuda externa. Además, al ser anónima, se espera por parte de las participantes el máximo grado de sinceridad posible.

Para el registro de los datos, cada enfermera recibirá personalmente la encuesta y la realizará en un lugar donde nadie pueda interferir en sus respuestas, contestando desde el anonimato. Rodeará la respuesta que considere, y entregará el cuestionario respondido en un sobre cerrado para así preservar el anonimato.

Los resultados del estudio serán redactados pregunta por pregunta del cuestionario de la siguiente forma, tras haber analizado todas las encuestas realizadas y sus respectivas respuestas: Ejemplo → El 90% de las enfermeras considera necesario la presencia de familiares durante la educación sanitaria al paciente ostomizado. Solamente el 27% de las enfermeras se considera capacitada para responder adecuadamente las dudas y preguntas realizadas tanto por el paciente ostomizado como por la familia.

Dar los resultados de esta forma, permite de manera sencilla y visual, conocer la situación en la que se encuentran los profesionales de los controles 2ºB y 2ºC del Hospital San Pedro de Logroño.

5.8 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDIDA	
Tiempo que llevan trabajando en la unidad	Menos de un mes Entre un mes y doce meses Más de un año	Variable discreta	cuantitativa
Género del profesional	Masculino Femenino	Variable dicotómica	cualitativa
Estudios específicos	Ninguno Máster Experto universitario	Variable nominal	cualitativa
Tiempo que llevan ejerciendo	Menos de un año Menos de cinco años Entre cinco y diez años Mas de diez años	Variable discreta	cuantitativa
Conocimientos sobre ostomías	Si No	Variable nominal	cualitativa
Conocimientos sobre ostomías tras finalizar el Grado de Enfermería	Si No	Variable nominal	cualitativa
Unidad anterior en la que se ha trabajado antes de cirugía	Unidad quirúrgica Unidad médica	Variable dicotómica	cualitativa
Cursos realizados acerca de ostomías	Si No	Variable nominal	cualitativa
Experiencia previa con pacientes ostomizados	Si No	Variable nominal	cualitativa
Deseo de cambiar de servicio	Si No	Variable nominal	cualitativa
Veces que han realizado educación sanitaria al paciente ostomizado trabajando en la unidad	Menos de una vez Menos de cinco veces Entre cinco y diez veces Mas de diez veces	Variable discreta	cuantitativa
Interés sobre ostomías	Si No	Variable nominal	cualitativa
Opinión sobre si la unidad cuenta con material necesario y de calidad	Si No	Variable nominal	cualitativa

Dedicación de tiempo no laboral a aumentar conocimientos sobre ostomías	Nunca Rara vez Frecuentemente Siempre	Variable nominal	cualitativa
Tiempo dedicado a la educación sanitaria al paciente	Menos de diez minutos Menos de treinta minutos Más de treinta minutos	Variable discreta	cuantitativa
Consideración del lugar	Si No	Variable nominal	cualitativa
Recursos necesarios para la educación sanitaria	Si No	Variable nominal	cualitativa
Presencia de familiares	Si No	Variable nominal	cualitativa
Capacidad para responder las dudas y preguntas	Si No	Variable nominal	cualitativa
Participación del paciente en las curas	Si No	Variable nominal	cualitativa
Necesaria o no una enfermera estomaterapeuta en la unidad	Si No	Variable nominal	cualitativa
Consideración de si es la enfermera estomaterapeuta quien debiera realizar la educación sanitaria	Si No	Variable nominal	cualitativa
Deseo de aumentar conocimientos sobre ostomías	Si No	Variable nominal	cualitativa

Tabla 6: Variables del estudio.

5.9 MÉTODO Y CRONOGRAMA

5.9.1 Método:

El Hospital San Pedro de Logroño será el lugar donde será desarrollado el proyecto de investigación, el cual, contará con varias etapas. La primera etapa consistirá en contactar con CEICLAR para que el proyecto sea aprobado. Seguidamente, se contactará con la Gerencia del Hospital San Pedro para que nos permita realizar el estudio en sus instalaciones, así como para que nos facilite el número de enfermeras disponibles que cumplan los criterios de inclusión en el momento de comenzar la realización del estudio.

Posteriormente, se les entregará el folleto explicativo a las enfermeras y enfermeros que cumplan los criterios de inclusión y se encuentren en la unidad en el momento de comenzar el estudio. Se les sugerirá la posibilidad de repartir más folletos entre las compañeras para que conozcan los motivos del estudio. Una vez hecho esto, se repartirá el consentimiento informado para aquellos que vayan a participar en el estudio y se comenzará con la realización del cuestionario. El estudio comenzará en el año 2021 y concluirá en el año 2022 tras haber sido analizados los datos y publicados los resultados.

5.9.2 Cronograma:

ETAPAS	2019			2020
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Elección del tema				
Revisión bibliográfica				

Tabla 7: Cronograma año 2019 - 2020

ETAPAS	2020										
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboración del proyecto											
Presentación del proyecto											
Aprobación por parte de CEICLAR											
Obtención de permisos											

Tabla 8: Cronograma año 2020

ETAPAS	2021											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Colaboración con las enfermeras del 2ºB y 2ºC												
Aplicación de los cuestionarios												

Tabla 9: Cronograma año 2021

ETAPAS	2022											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Recogida y análisis de datos												
Publicación de resultados												

Tabla 10: Cronograma año 2022

6. CONCLUSIONES

1. Es vital la educación sanitaria para reducir la incidencia del cáncer, así como para promover hábitos de vida saludables entre la población.
2. La figura de la enfermera en el tratamiento del paciente ostomizado con cáncer de colon es fundamental y necesaria.
3. El ratio paciente-enfermera en La Rioja no es el adecuado para poder brindar un cuidado correcto y de calidad al paciente ostomizado.
4. Gracias al adecuado uso de las consultas de estomaterapia, se podrían evitar futuras reintervenciones a pacientes, suponiendo un ahorro económico y de bienes para el sistema sanitario.

7. CUESTIONES ÉTICAS

En primer lugar, se pedirá permiso al Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR). Este organismo se asegurará de que aquellos individuos estudiados, en este caso, las enfermeras de la planta de cirugía general tengan la protección de derechos y seguridad garantizada.

Para la correcta y legal realización del estudio será necesario acceder a la plantilla nominal de enfermeras y enfermeros que trabajen en el momento del estudio en los controles 2ºB y 2ºC del Hospital San Pedro, además de conocer quiénes de esa plantilla llevan en estas unidades un periodo superior a un mes ejerciendo. Para ello será necesario la aprobación de la realización del estudio por parte de la Gerencia del Hospital San Pedro. Se le mandará a la Gerencia un documento que explique los objetivos de la investigación además del compromiso del investigador principal (Acceso en el anexo II), y otro documento en el que figure el consentimiento informado (Acceso en el anexo III) que será presentado posteriormente a la plantilla de enfermería de los controles previamente mencionados.

El estudio podrá ser revocado en cualquier momento, será realizado de forma anónima, y se codificará toda la información requerida.

La única información que se solicitará será la mínima necesaria para el correcto y adecuado análisis de los datos obtenidos, esta información personal estará compuesta por la edad, el sexo y el tiempo aproximado que se lleve trabajando en el servicio de cirugía general del Hospital San Pedro. Siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, aquellas personas que hayan firmado el consentimiento informado y hayan participado en el estudio, deberán estar tranquilas ya que se mantendrá su confidencialidad.

Los datos e información serán recogidos a través del cuestionario que el investigador principal o el personal autorizado facilitará a las enfermeras en las que se centra el estudio. A su vez, desde el comienzo del estudio, la investigación se llevará a cabo siguiendo la Declaración de Helsinki, promulgada por la Asociación Médica Mundial, viéndose ajustada la metodología de la investigación a los principios éticos humanos. (Acceso en el anexo IV)

Asimismo, la realización de este estudio no interferirá en el correcto desarrollo y adecuada realización de las actividades realizadas a nivel asistencial en la planta de cirugía general del Hospital San Pedro.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Limitaciones propias del estudio descriptivo.
- Estrés y sobrecarga laboral de los profesionales que dificulte la concentración durante la realización del estudio.
- Escasa validez externa, aplicable solo a las enfermeras del servicio de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño.
- Periodos vacacionales de verano en el que coincidan un alto número de enfermeras que no lleven el tiempo exigido en la planta.
- Posible revocación o rechazo del consentimiento informado.
- Posible comprensión errónea de las preguntas realizadas.

9. TABLAS, GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

9.1 TABLAS

Tabla 1: Incidencia total de cáncer en España en 2018. ⁽⁵⁾	10
Tabla 2: Mortalidad total de cáncer en España en 2018. ⁽³⁾	11
Tabla 3: Prevalencia total de cáncer en España en 2018. ⁽⁴⁾	11
Tabla 4: Tipos de complicaciones de las colostomías. ⁽²⁸⁾	21
Tabla 5: Tabla de financiación del estudio.	42
Tabla 10: Variables del estudio.	45
Tabla 6: Cronograma año 2019 - 2020.	46
Tabla 7: Cronograma año 2020.	46
Tabla 8: Cronograma año 2021.	46
Tabla 9: Cronograma año 2022.	46
Tabla 11: Nurses' Knowledge of Ostomies questionnaire	55

9.2 GRÁFICOS

Gráfico 1: Nuevos casos de cáncer diagnosticados en 2018 a nivel mundial. ⁽⁵⁾	8
Gráfico 2: Defunciones causadas por el CC en La Rioja desde el año 1980 hasta el 2018. ⁽¹²⁾	12
Gráfico 3: Cribado del CC. ⁽¹³⁾	13

9.3 ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Tipo de colostomías según ubicación anatómica. Imagen obtenida de Adam. Texto de elaboración propia.....	19
Ilustración 2: Colostomía en asa. ⁽²⁴⁾	19
Ilustración 3: Colostomía en cañón de escopeta. ⁽²⁴⁾	20
Ilustración 4: Colostomía terminal. ⁽²⁴⁾	20
Ilustración 5: Edema de la mucosa. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	22
Ilustración 6: Hemorragia del estoma. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	22
Ilustración 7: Isquemia del estoma. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	22
Ilustración 8: Infección del estoma. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	23
Ilustración 9: Retracción del estoma. ⁽²⁹⁾	23
Ilustración 10: Dehiscencia del estoma. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	23
Ilustración 11: Evisceración en colostomía. ⁽³⁰⁾	24
Ilustración 12: Estenosis en colostomía. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	24
Ilustración 13: Hernia en colostomía. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	25
Ilustración 14: Prolapso en colostomía. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	25
Ilustración 15: Recidiva neoplásica. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	25
Ilustración 16: Ulceración periestomal. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	26
Ilustración 17: Granulomas en estoma. Imagen cedida por la autora. ⁽²⁸⁾	27
Ilustración 18: Formulario compromiso del investigador principal. ⁽⁵¹⁾	56

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Cáncer. WHO. 2017;
2. Henke Yarbrow C, Wujcik D, Holmes Gobel B. Cancer nursing: principles and practice [Internet]. Eighth ed. Henke Yarbrow C, Wujcik D, Holmes Gobel B, editors. Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning; 2018. 2183 p. Available from: <https://catalog.loc.gov/vwebv/search?searchCode=LCCN&searchArg=2016026378&searchType=1&permalink=y>
3. Díaz-Rubio E. Cancer in Spain: situation in 2019. *An Ranm*. 2019;136(01):25–33.
4. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020 Hombres. *Soc Española Oncol Médica*. 2020;
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
6. L. Drake R, Wayne Vogl A, W. M. Mitchell A. *Gray's Anatomía Básica*. España E, editor. 2013. 632 p.
7. Cáncer de colon y recto - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?start=7>
8. Cáncer del colon y del recto: MedlinePlus en español [Internet]. [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/colorectalcancer.html>
9. Zubiaurre L, Bujanda Fernández de Pierola L. Aspirina en la prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(5):337–45.
10. Rioja, La. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad . [Internet]. [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/l0/&file=02018.px>
11. INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Resultados [Internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710
12. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad(10803) [Internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10803#!tabs-tabla>
13. SÁEN R, BALAGUER F. Prevención Y Cribado Del Cáncer Colorrectal. :1–8. Available from: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/07_infogastrium_cancer_colorrectal_3pvap.pdf
14. Salud pone en marcha el programa de detección precoz de cáncer de colon [Internet]. [cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://www.riojasalud.es/noticias/2418-salud-pone-en-marcha-el-programa-de-deteccion-precoz-de-cancer-de-colon?showall=1>

15. Test de sangre oculta en heces (TSOH) | Asociación Española Contra el Cáncer Prueba cáncer colon (TSOH): te informamos|AECC [Internet]. [cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/prevencion/tsoh>
16. Salud anima a los riojanos a fomentar los hábitos saludables y participar en los programas de detección precoz para ganar oportunidades al cáncer [Internet]. [cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://www.riojasalud.es/noticias/6812-salud-anima-a-los-riojanos-a-fomentar-los-habitos-saludables-y-participar-en-los-programas-de-deteccion-precoz-para-ganar-oportunidades-al-cancer?highlight=WyJjYW5jZXliLCInY1x1MDBIMW5jZXliLCJkZSIsmNvbG9uliwiY2FuY2VylGRlliwiY1x1MDBIMW5jZXliZGUgY29sb24iLCJkZSBjb2xvbiJd>
17. Guindic LC. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Rev Med Hosp Gen (Mex)*. 2006;69(2):113–8.
18. Nieves CB de Las, Díaz CC, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio JM, Hernández-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Ostomy patients' perception of the health care received. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2961.
19. Consejo General de Enfermería, COLOPLAST. Libro Blanco de la Ostomía en España. 2018;1–20. Available from: <http://www.colegioenfermeriacoruna.org/sites/default/files/Libro Blanco Ostomía en España.pdf>
20. Experto en Estomaterapia [Internet]. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://www.uah.es/es/estudios/estudios-propios/posgrados-propios/Experto-en-Estomaterapia/>
21. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. 2017;5:35–48.
22. Definición de estoma - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute [Internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/estoma>
23. Isabel Casado Mora; Antonio Juan Pérez Fernández; Nieves Lafuente Robles; Serafín Fernández Salazar; Susana Rodríguez Gómez; María, Juan Pérez Fernández M^a Carmen Alcantara Moreno; Francisco de Borja López; Claudia Pérez Jiménez; Ana Belén Vargas Villegas; Ruth M^a Pérez Ruiz; M^a de La Luz Hervás García; M^a Carmen Domínguez Sánchez; Ana Gómez Vázquez; Ana, Carmen Montesinos Gálvez; Carmen Expósito Álvarez; Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con ostomías (EPA-O). 2018; Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/pdf/manual_epa_ostomias__22012019.pdf
24. Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa - ¿Existen distintos tipos de ostomías? [Internet]. [cited 2020 Mar 9]. Available from: <https://www.educainflamatoria.com/existen-distintos-tipos-de-estoma>
25. Lenneberg E, Mendelssohn A, Gross L. Guia de Colostomia. United Ostomy

- Assoc Inc [Internet]. 2004;1–27. Available from: http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoa_colostomy_es.pdf
26. Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora [Internet]. [cited 2020 Mar 9]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html>
 27. Antón Almenara MP. El paciente ostomizado. *Rev Enferm*. 1985;8(81):43–6.
 28. Cahuana D. Complicaciones de las ostomías digestivas. *Man Cuid en ostomías*. 2014;135–66.
 29. COLOSTOMIA - COLOSTOMIA. [Internet]. [cited 2020 Mar 16]. Available from: <https://colostomiaimss.weebly.com/colostomia.html>
 30. Nofuentes CR, Mella ML, Pérez SB, Soliveres ES, García AM, García SG. IMÁGENES Y CIRUGÍA Evisceración transestomal: una complicación excepcional de las colostomías* Transestomal evisceration: a rare complication of colostomies. Vol. 63, *Rev. Chilena de Cirugía*. 2011.
 31. Dispositivos colostomía - Ostomia Profesional [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://ostomiaprofesional.com/conoce-los-dispositivos/dispositivos-colostomia/>
 32. Vázquez García M, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomias. 2009. 363 p.
 33. Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa - Tapón obturador [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.educainflamatoria.com/existen-otros-dispositivos-de-continencia-que-son-los-sistema-de-irrigacion/tapon-obturador>
 34. Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa - ¿Qué es una estomaterapeuta? [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.educainflamatoria.com/que-es-una-estomaterapeuta>
 35. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009&lng=es
 36. Marrero CM. Revista de enfermería (ENE). *Rev ENE Enfermería* [Internet]. 2007;7(2). Available from: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279/pdf_18%0Ahttp://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278
 37. Ana Belén Ribes Melià. La sexualidad en pacientes con ostomias digestivas y urinarias. *Enfermería Integr* [Internet]. 2011;95:42–4. Available from: <http://enfervalencia.org/ei/95/ENF-INTEG-95.pdf#page=80>
 38. Consultas de Ostomia en España - Ostomia Profesional [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://ostomiaprofesional.com/quienes-somos/consultas-ostomia-espana/>

39. “Caer o no en manos de un enfermero estomaterapeuta depende de la suerte y de la CC.AA. en la que resida el paciente” - Noticias de enfermería y salud [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://diarioenfermero.es/caer-no-manos-enfermero-estomaterapeuta-depende-la-suerte-la-cc-aa-la-resida-paciente/>
40. ¿Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/que-es-como-functiona-y-tipos-de-quimioterapia?start=2>
41. Cáncer de colon y recto - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?start=10>
42. Purificación Martínez del Prado. Tratamiento paliativo específico en pacientes con cáncer.
43. SEOM. Tri fluridina / tipiracil (“ LONSURF ”) para cáncer colorrectal metastásico. 2012;1–37.
44. Catéteres venosos centrales [Internet]. [cited 2020 Mar 19]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/cateteres-venosos-centrales.html>
45. Garate Echenique L, García Domínguez MV, Valdivia Chacón I, del Río Pisabarro MC, Cidoncha Moreno MÁ. Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del osakidetza [Internet]. 2015;38. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicacion/es/es_osteba/adjuntos/2_recomendaciones_acceso_vascular.pdf
46. LEN/MAYO international S. Curso de formación continuada: Enfermedad tromboembólica venosa y cáncer. LEN/MAYO international, S.A; 2011. p. 4.
47. Schwartz J. R. Acceso venoso prolongado en el paciente oncológico. Rev Méd Clín Condes. 2006;17(2):49–53.
48. Rubio MT, Rodríguez Borrego MA. Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico. Enferm Glob. 2017;16(2):544–61.
49. Instituto Donostia de Onco-Hematología, Hospital Donostia. Reservorio Venoso Subcutáneo Instituto Donostia De Onco-Hematología Hospital Donostia. 2015;8.
50. Ibarrola U, Carlos D De, Chn E. Colocacion y uso de catéter central de inserción via periférica.
51. CEICLAR (Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja) [Internet]. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <http://comotves.riojasalud.es/cibir-investigacion/ceiclar?start=5>

11. ANEXOS

ANEXO I: Nurses' Knowledge of Ostomies questionnaire

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE OSTOMÍAS DE LAS ENFERMERAS		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
Sexo	Masculino	Femenino
¿Cuánto tiempo llevas trabajando en la unidad de cirugía general?	Menos de un mes Entre un mes y doce meses Más de un año	
Además de la titulación de enfermería, ¿has cursado algún estudio específico sobre ostomías?	Ninguno Máster Experto universitario	
¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo como enfermera?	Menos de un año Menos de cinco años Entre cinco y diez años Más de diez años	
¿Consideras que posees los conocimientos necesarios sobre ostomías para realizar la educación sanitaria adecuadamente al paciente ostomizado?	Si No	
¿Consideras que cuando finalizaste el Grado de Enfermería poseías los conocimientos suficientes sobre ostomías para tratar con pacientes ostomizados?	Si No	
¿En qué unidad has desarrollado tu ejercicio profesional antes que en la unidad de cirugía?	En una unidad médica En una unidad quirúrgica	
¿Has acudido a algún curso de formación sobre ostomías y paciente ostomizado?	Si No	
¿Cuántas veces has realizado educación sanitaria en esta unidad al paciente ostomizado?	Menos de una vez Menos de cinco veces Entre cinco y diez veces Mas de diez veces	
Antes de trabajar en esta unidad, ¿habías tratado con pacientes ostomizados?	Si No	
¿Deseas cambiar de servicio?	Si No	
¿Te interesan las ostomías?	Si No	

¿Consideras que la unidad cuenta con el material necesario y que este es de calidad?	Si No
¿Dedicas tu tiempo a conocer más acerca de las ostomías fuera de tu puesto de trabajo?	Nunca Rara vez Frecuentemente Siempre
¿Cuánto tiempo dedicas para realizar la educación sanitaria al paciente ostomizado?	Menos de diez minutos Menos de treinta minutos Más de treinta minutos
¿Consideras que es adecuado el espacio y la situación para realizar una adecuada educación sanitaria?	Si No
¿Consideras que la unidad dispone de los recursos necesarios para que enfermería disponga de los medios que precise para realizar esta educación?	Si No
¿Crees necesaria la presencia de familiares en el momento de la educación sanitaria?	Si No
¿Te consideras capaz de responder las dudas e incertidumbres que tiene el paciente y su familia?	Si No
¿Haces partícipe al paciente en las curas que le realizas?	Si No
¿Consideras necesaria la presencia de la figura de la enfermera estomaterapeuta en la unidad?	Si No
¿Consideras que la educación sanitaria debería ser realizada por este profesional?	Si No
¿Deseas aumentar tu nivel de conocimientos sobre ostomías?	Si No

Tabla 11: Nurses' Knowledge of Ostomies questionnaire, elaboración propia.

ANEXO II: Compromiso del investigador principal

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Comité Ético de Investigación Clínica
de La Rioja (CEICLAR)

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Don/Doña _____

Del Servicio de _____

Del Centro _____

CERTIFICA:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el estudio de investigación titulado

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja y por la Agencia Española del Medicamento

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios

Que dicho estudio se realizará contando con la colaboración de los siguientes investigadores colaboradores:

Asimismo cuenta con la colaboración de los Servicios:

Siendo aceptado por el Jefe de Servicio:

Nombre y firma del Investigador Principal:

Nombre y firma del Investigador Colaborador nº 1: _____

Nombre y firma del Investigador Colaborador nº 2: _____

Nombre y firma del Investigador Colaborador nº 3: _____

Nombre y firma del Responsable de Servicio o Unidad donde se realiza el ensayo

Servicios colaboradores:

Nombre y firma del Jefe de Servicio de _____

Nombre y firma del Jefe de Servicio de _____

Nombre y firma del Jefe de Servicio de _____

En Logroño a de de 202|

ANEXO III: Consentimiento Informado

“Determinación del grado de conocimiento y la calidad de la educación sanitaria en el manejo de las ostomías por parte de las enfermeras de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño”

La investigadora D^a. Laura Torres Calleja, tutorizada por el profesor D. Raúl Juárez Vela.

Objetivo:

Determinar el grado de conocimiento que las enfermeras de las plantas de cirugía general del Hospital San Pedro de La Rioja (controles 2ºB y 2ºC) poseen acerca de las ostomías, así como señalar la calidad de la educación sanitaria que las mismas ofrecen al paciente ostomizado.

Metodología:

El estudio se desarrollará a través de dos cuestionarios que se irán entregando a los distintos turnos de enfermeras de los controles 2ºB y 2ºC progresivamente, en los que se recogerá el grado de conocimiento acerca de las ostomías y la calidad de la educación sanitaria que las enfermeras ofrecen al paciente ostomizado.

Finalidad y beneficios del estudio:

El estudio permitirá observar el grado de conocimiento acerca de las ostomías en aquellas enfermeras que más en contacto están con el paciente ostomizado a la vez que reflejará la calidad de la educación sanitaria que este personal ofrece al paciente ostomizado en la planta de cirugía general del Hospital San Pedro de Logroño.

Confidencialidad de los datos:

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal se protegerá en todo momento la confidencialidad de aquellas personas objeto de estudio que hayan dado su consentimiento informado por escrito para la participación en dicho estudio.

Los datos personales se tratarán con la máxima confidencialidad, no utilizándose ni divulgándose para cualquier otra actividad que no sea este estudio. Tanto el compromiso de confidencialidad como el secreto profesional prevalecerá tras la finalización del estudio.

He leído y comprendo tanto la hoja de consentimiento informado como la información explicada por el investigador y el personal cualificado. A su vez, autorizo al uso responsable de los datos conforme a lo establecido.

Por ello, libre y voluntariamente, decido colaborar en este estudio, siendo consciente de que dispongo de la autonomía pertinente para renunciar a la realización de dicho estudio cuando crea necesario sin tener que dar ninguna explicación al respecto.

D/Dña _____ con DNI _____ libre y voluntariamente

En Logroño, a fecha de _____ del 202____.

Firma:

ANEXO IV: Aspectos éticos, Declaración de Helsinki.

“Determinación del grado de conocimiento y la calidad de la educación sanitaria en el manejo de las ostomías por parte de las enfermeras de cirugía general”

El estudio ha de seguir rigurosamente la Declaración de Helsinki, garantizando que no se realizará ninguna actividad que ponga en riesgo el cumplimiento o posibilite la irregularidad de los principios éticos que dicha Declaración recoge.

A pesar de que la Declaración principalmente está enfocada al ámbito médico, la Asociación Médica Mundial promueve su cumplimiento a su vez en aquellos participantes en la investigación médica en seres humanos.

Principios básicos de la Declaración de Helsinki:

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran

previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional. Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.